

***La prise en soin interculturelle auprès de
personnes migrantes en situation de
précarité atteintes du VIH/SIDA***

Travail de Bachelor en Soins Infirmiers

BINGGELI Elise

N° de matricule : 4070010891

FLÜCK Mélanie

N° de matricule: 4070016364

Directrice : BOUKAR Falta - adjointe scientifique, RN, MScSI
Membre du jury externe : VINCENT-SUTER Sonja, RN, MScSI, infirmière
spécialiste clinique pour le VIH SIDA

Genève, 19 juillet 2016

Déclaration

« Ce travail de bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 19 juillet 2016

Elise BINGGELI et Mélanie FLÜCK

Remerciements

La réalisation de ce travail de bachelor n'aurait pu se faire sans l'aide et le soutien précieux de quelques personnes. Nous tenions à remercier tout particulièrement :

Falta Boukar, notre directrice de travail qui nous a guidées dans la genèse de notre travail de bachelor.

Sonja Vincent-Suter, infirmière spécialiste clinique pour le VIH SIDA et jury lors de notre soutenance pour avoir porté de l'intérêt à notre travail de bachelor.

Toute l'équipe de la bibliothèque HEdS, qui a su nous conseiller et nous éclairer afin d'effectuer notre recherche documentaire.

Nos familles respectives, qui ont su nous soutenir et nous pousser tout au long de la rédaction de notre travail dans les bons et les mauvais moments.

Résumé :

Contexte: Le VIH/SIDA est une maladie qui reste une préoccupation majeure de santé publique. Les personnes ayant vécu un épisode migratoire représentent la moitié des transmissions hétérosexuelles du VIH. Les conditions et les circonstances dans lesquelles ils immigreront, le vécu douloureux et marquant auquel ils ont fait face dans leur pays d'origine peuvent entraîner des répercussions négatives sur leur santé lors de l'arrivée dans le pays d'accueil. Par conséquent, ce phénomène migratoire augmentant amène des défis au système de santé du pays d'accueil et présente un problème sérieux (OFSP, 2013).

But: Le but et l'objectif de cette étude est de présenter une réflexion pour une prise en soins infirmiers adéquate des personnes migrantes en situation de précarité atteintes de VIH/SIDA par le biais de la mobilisation de la théorie de M. Leininger et de nommer les facteurs qui influencent la gestion de leur santé.

Méthode: La consultation des bases de données de PUBMED et CINAHL a permis de sélectionner huit articles éligibles à cette revue de la littérature pour répondre à la question de recherche suivante : Quels éléments faudrait-il apporter dans une prise en soins infirmiers interculturelle afin que la personne migrante en situation de précarité et atteinte du VIH/SIDA puisse améliorer la gestion de sa santé?

Ces articles ont, entre autres, permis de mettre en évidence les barrières et attitudes des soignants face à la personne migrante et d'identifier les obstacles à la gestion de leur santé.

Résultats: Les résultats montrent que les populations migrantes ont des difficultés à gérer la prise en soins de leur VIH/SIDA et que les infirmières¹ rencontrent elles aussi des problèmes quant à la prise en soins de ces personnes. La diversité culturelle représente, entre autres, une de ces difficultés. Une amélioration de cette prise en soins serait possible grâce à l'intégration de formations complémentaires et d'outils incluant notamment la culture et les croyances.

Conclusion: Plusieurs facteurs entravent l'accompagnement à la gestion du VIH/SIDA des populations migrantes et précaires. La diversité culturelle est l'un de ces facteurs. Le soin interculturel n'est encore que trop peu mis en application, alors qu'il pourrait être une solution possible à une meilleure gestion de la santé de ces personnes.

¹ Le terme "infirmière" comprend également les infirmiers

Summary :

Context : HIV/AIDS is still a major concern of today's public health. Migrants account for half of all heterosexual HIV transmissions. People often face rough conditions before and during migration, which leads to negative impacts regarding their health upon arrival in their new host country. Thus, the ever growing human migration brings constant challenges to the health system of the host countries and brings out a serious issue. (OFSP, 2013)

Goal : The goal and focus of this study is to offer an input for better and more adapted care towards HIV positive migrants in precarious situation, using M. Leininger's theory, while bringing out the key factors that impact health management.

Method : Consulting the PUBMED and CINHALL data bases allowed for the selection of eight articles qualifying to help answer the following research question : What cross-cultural factors should be added to nursing care in order for HIV positive migrants in precarious situation to better manage their health ? Those articles also shed light on social barriers between care givers and migrants and helped identify the obstacles to the good management of their health.

Results : The results show that migrant populations tend to restrain from handling their illness while nurses also encounter problems helping them do so. Cultural diversity, amongst others, accounts for one of those problems. Further training with tools like accoutumance to various cultures and beliefs could help making for a better management of the care.

Conclusion : Several factors get in the way of attending the care management of HIV positive populations in precarious situations. Cultural diversity is probably the biggest one. The use of intercultural care, although it was shown as very helpful in situations like these, is still not very widespread.

Mots-clés :

Les mots clefs de ce travail sont : la culture (*Culture*), le VIH/SIDA (*HIV/AIDS*), le soin interculturel (*Intercultural care*), la précarité (*Precarity*) et les personnes migrantes² (*migrants*).

Liste des abréviations

CFS	Commission Fédérale Sida
CINHAL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
HEdS	Haute Ecole de Santé - Genève
IST	Infection sexuellement transmissible
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
OFS	Office Fédéral de la Statistique
OFSP	Office Fédéral de la Santé Publique
OIM	Organisation internationale pour les migrations
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
S.d.	Sine datum : sans date
SIDA (AIDS)	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SSAM	Sub-Saharien Migrants
TAR	Traitement Anti-Rétroviraux
VIH (HIV)	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Liste des tableaux

Tableau 1. Fiche de lecture – voir annexe 1

Tableau 2. Tableau comparatif – voir annexe 2

Liste des figures

Figure 1. *Sunrise Model*

Figure 2. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles

² Tout au long de ce travail, les termes migrants et immigrants s'applique aux personnes quittant leur pays d'origine.

Contenu

1.	Introduction	1
2.	Problématique	3
2.1.	Les migrants : statuts et spécificités	3
2.2.	La culture	4
2.3.	Migration, précarité et accès aux soins	5
2.4.	Migration et VIH/SIDA	6
3.	Cadre théorique	11
3.1.	Ancrage disciplinaire	11
3.2.	Méthodologie de la pratique	12
3.3.	Métaconcepts.....	15
4.	Question de recherche	16
5.	Méthode	17
5.1.	Sources d'information et stratégie de recherche documentaire	17
5.2.	PICOT	17
5.3.	Définition des descripteurs	17
5.4.	Equations de recherche	19
5.5.	Critères d'inclusion	20
5.6.	Diagramme de flux	20
5.7.	Description des huit articles retenus.....	21
6.	Résultats	22
6.1.	Analyse critique des articles retenus	22
6.2.	Présentation des résultats par thèmes	33
6.2.1.	La culture, les croyances et la stigmatisation	33
6.2.2	Les facteurs socio-politiques et économiques	35
6.2.3	La position du soignant	35
7.	Discussion.....	37
7.1.	Les difficultés des personnes migrantes.....	37
7.2.	L'approche soignante	38
8.	Conclusion	42

8.1.	Apports et limites du travail	43
8.2.	Recommandations	44
9.	Références bibliographiques	46
10.	Annexes	51
10.1.	Annexe 1	51
10.2.	Annexe 2	56

Prologue

Dans ce chapitre, le pronom « nous » a été utilisé afin d'exposer nos motivations personnelles à l'élaboration de ce travail.

Les raisons qui nous ont poussées à écrire ce document sont basées sur nos expériences personnelles interculturelles. En effet, nous nous sommes toutes deux rendues dans un pays du Tiers-Monde : Madagascar – respectivement avant et pendant nos études d'infirmière. Cette expérience interculturelle nous a permis de nous confronter à une culture différente qui nous a plongées dans un choc culturel indéniable. Néanmoins, ce qui ressort de cette expérience est avant tout une ouverture d'esprit ainsi qu'une envie de découvrir la culture de l'autre afin de pouvoir en tenir compte lors de nos prises en soins et de la meilleure manière possible. De plus, la situation mondiale actuelle n'a fait qu'augmenter notre envie de développer nos connaissances sur le sujet.

1. INTRODUCTION

Aujourd'hui, la migration³ est plus que jamais un phénomène mondial non négligeable. En effet, en 2015, plus d'un million de personnes sont arrivées en Europe, prêtes à risquer leur vie pour sortir de la misère, à la poursuite d'un eldorado européen (IOM, 2016). Concernant la Suisse, en 2014, 6'200 demandes d'asile ont été enregistrées en provenance majoritairement de l'Érythrée, de Syrie et du Sri Lanka (OCDE, 2015). Cette migration massive vers les pays européens a provoqué une crise humanitaire sans précédent. En effet, cet état fait suite à des révolutions qui se sont produites dans plusieurs pays du monde arabe et particulièrement suite à la guerre civile qui a lieu en ce moment en Syrie (Commission européenne, 2016). Comme le confirme le Secrétariat d'Etat aux Migrations (SEM), « le conflit armé qui sévit en Syrie depuis cinq ans a engendré une grave crise humanitaire et plongé la population syrienne dans de grandes souffrances » (SEM, 2016). Ajouté à ces personnes voulant fuir cette guerre, se trouvent également d'autres personnes provenant de différents pays du monde, que le désir de vivre dans de meilleures conditions pousse à migrer vers l'Europe. La précarité en situation de migration se trouvant fortement renforcée lorsque l'on séjourne en situation illégale, il sera principalement question dans ce travail de migrants qui ne possèdent pas de statut légal.

Les circonstances de la migration déstabilisent, souvent de manière considérable, les personnes qui migrent. Le vécu douloureux et marquant auquel ils ont fait face dans leur pays d'origine, ainsi que les conditions dans lesquelles ils immigreront peuvent entraîner des répercussions négatives sur leur santé à l'arrivée dans le pays d'accueil. Par conséquent, ce phénomène migratoire grandissant amène des défis au système de santé du pays d'accueil et présente un problème sérieux. (OFSP, 2013).

Ces personnes accueillies viennent de pays et de cultures différentes et ont souvent une certaine difficulté à gérer leur santé. De plus, l'expérience migratoire influence également le mode d'utilisation des systèmes de santé et services sociaux (Gravel, 2005). Il se pose ainsi la question de savoir quelles compétences devraient développer les infirmières dans la prise en soins des personnes de cultures différentes afin que celles-ci puissent gérer leur santé de manière adéquate.

³ Selon l'Organisation internationale pour les migrations (2007):

Déplacement d'une personne ou d'un groupe de personnes, soit entre pays, soit dans un pays entre deux lieux situés sur son territoire. La notion de migration englobe tous les types de mouvements de population impliquant un changement du lieu de résidence habituelle, quelles que soient leur cause, leur composition, leur durée, incluant ainsi notamment les mouvements des travailleurs, des réfugiés, des personnes déplacées ou déracinées (p.47).

Il faut alors se demander si une approche culturelle dans les soins favoriserait une meilleure gestion de la santé de ces personnes, notamment avec une pathologie chronique telle que le VIH/SIDA. En effet, selon l'Aide Suisse contre le Sida (2014), environ 36,9 millions de personnes dans le monde sont porteurs du VIH/SIDA. S'il est vrai que ce pourcentage est globalement en baisse depuis l'an 2000, il reste encore en hausse en Europe orientale, en Asie centrale, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (Aide Suisse contre le Sida, 2014).

Afin de répondre aux questionnements évoqués, une problématique sera développée dans un premier temps autour des différents statuts migratoires qui existent en Suisse. Ensuite, sera abordé l'impact de la migration sur l'état de santé des personnes migrantes, ainsi que l'importance de la culture dans leur prise en soins. Par la suite, nous terminerons notre problématique en évoquant les difficultés liées à l'accès aux soins plus importantes encore lorsque la personne est atteinte d'une maladie chronique telle que le VIH/SIDA. La théorie utilisée sera ensuite présentée préalablement à la description de la méthodologie. Puis les articles sélectionnés lors de la revue de littérature seront classés par thèmes et présentés dans la partie résultats. S'en suivra une discussion qui exposera la plus-value de l'utilisation de la théorie. Une conclusion du travail ainsi que des recommandations pour la pratique infirmière constitueront la fin de ce travail.

2. PROBLÉMATIQUE

2.1. Les migrants : statuts et spécificités

Selon l'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM), les migrants sont définis comme une population qui quitte son pays d'origine pour une nouvelle terre d'accueil dans le but de s'accorder à eux-mêmes ainsi qu'à leur famille de meilleures conditions de vie et de sécurité, des possibilités de formation ou de scolarisation (OIM, 2007). En Suisse, le terme migrant représente les personnes n'ayant pas la nationalité suisse. Étant donné que les personnes migrent pour différentes raisons en Suisse, différents types d'autorisation de résidence sont délivrés aux personnes migrantes en fonction de la raison de la migration (République et canton de Genève, 2016) :

- Autorisation de courte durée (permis L)
- Autorisation de séjour (permis B)
- Autorisation d'établissement (permis C)
- Permis pour les fonctionnaires internationaux (diplomates)
- Permis pour les requérants d'asile (permis N)

À ce jour, il est difficile de bénéficier de statistiques exhaustives sur le nombre de migrants établis en Suisse, (162'500 selon l'Office fédéral de la statistique (OFS) en 2015) car s'y ajoutent toutes les personnes migrantes « sans papiers » dont le nombre est difficile à évaluer. Cependant, selon Morlok et al. (2015), le nombre de « sans-papiers » établis en Suisse a été estimé à 76'000, en 2015.

Ces personnes sont celles pour qui le Centre d'Enregistrement et de Procédure (CEP) n'est pas entré en matière⁴, les personnes ayant reçu jusqu'alors une autorisation de séjour provisoire⁵ et les personnes dont la procédure de demande d'asile a été rejetée ou est terminée⁶ (Morlok et al., 2015).

En 2013, l'OFS recense 28% de la population suisse comme étant des personnes migrantes de première génération, c'est-à-dire les personnes établies en suisse mais nées à l'étranger, et 7% comme étant des personnes migrantes de deuxième génération, « c'est-à-dire les personnes issues de la migration nées en Suisse. » (OFS, 2015). Parmi cette population, les trois nationalités migrantes recensées en Suisse par l'OFS sont les Italiens, les Allemands et les Portugais avec respectivement 257, 250 et 197 milliers de personnes (OFS, 2015). Les personnes d'origine étrangère

⁴ Non Entrée en Matière (NEM)

⁵ Permis F

⁶ Déboutés

représentent donc un cinquième de la population, dont un quart fait partie de la population active (OFSP, 2015).

Par ailleurs, il est important de noter qu'en Suisse, contrairement à la plupart des pays voisins, c'est le droit du sang qui prime sur le droit du sol. C'est-à-dire qu'une personne qui naît en Suisse « n'acquiert automatiquement la nationalité suisse que si au moins un des parents est lui-même de nationalité suisse. » (République et canton de Genève, 2016). Ainsi, certains migrants sont recensés alors que leurs statuts ne sont pas les mêmes. Ceci donne à voir que cette appellation regroupe un ensemble de personnes avec des origines et des besoins divers. Ces personnes ont néanmoins en commun d'avoir une culture différente de celle du pays d'accueil. Et selon l'imprégnation de cette culture sur la personne, les conditions de précarité en migration peuvent accroître leur vulnérabilité.

2.2. La culture

“La culture est l'ensemble de structures sociales et de manifestations intellectuelles, artistiques, religieuses incluant une langue commune, des valeurs, des traditions et des habitudes de vie qui définissent une civilisation, une société par rapport à une autre.” (Phaneuf, 2013, p. 1). En effet, la culture fait partie intégrante de chaque être humain et influence sa manière de penser et de se comporter face à différentes situations de vie. Lors d'un épisode migratoire, la personne fait face à un choc culturel important. Elle est confrontée à un nouvel environnement dans lequel ses repères, ses mécanismes de réaction, ses références traditionnelles et ses modèles familiaux, sociaux et culturels sont perturbés. Il se produit parfois une confrontation entre les valeurs du pays d'accueil et les valeurs propres du migrant. Le fait de s'éloigner de ses proches et d'un environnement socio-culturel et physique familial amènent vers des deuils que la personne migrante va affronter (Phaneuf, 2013).

L'intégration des personnes migrantes au sein de la culture d'accueil peut s'effectuer par différents modes :

- l'acculturation désigne l'assimilation de la culture du pays d'accueil et le détachement de son identité culturelle;
- l'intégration désigne la conservation de son identité culturelle et l'appropriation de “certaines valeurs sociétales dominantes” (Phaneuf, 2013, p.4);
- la séparation est l'imposition du retrait de la culture d'accueil et la conservation de son identité culturelle;

- la ghettoïsation où l'on observe le regroupement d'une même culture en écartant tout contact avec d'autres migrants de cultures différentes ou la société d'accueil;
- la marginalisation qui est le rejet de la culture d'accueil et de ses propres valeurs culturelles (Phaneuf, 2013).

L'origine, la culture, les coutumes, les traditions et savoir-faire constituent la base de compréhension de chaque migrant face aux maladies, aux traitements et à leur vision de la santé. Selon le niveau d'intégration du migrant et sa vision personnelle du système de soins du pays d'accueil, la prise en soins peut rapidement rencontrer des difficultés.

2.3. Migration, précarité et accès aux soins

Selon Wresinski (1987):

La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible (p. 6).

Les personnes migrantes se retrouvent dans la plupart des cas face à des difficultés importantes qui les mènent souvent vers une précarité et une vulnérabilité notable. Selon le monitoring de l'état de santé de la population migrante (GMM II,) mené en 2010 en Suisse (N=3000), « leur état de santé est toutefois moins bon que celui des autochtones », ceci dû à leurs conditions de vie difficiles (OFSP, 2015). En effet, ce sont des personnes qui peuvent avoir un passé construit sur des expériences de violence, de guerre et de misère, ce qui peut influencer négativement leur adaptation dans le nouveau pays d'accueil (Phaneuf, 2013). De plus, la plupart de ces personnes, de par leur statut, sont souvent sans emploi ou ne peuvent prétendre qu'à des emplois précaires où les conditions de travail sont difficiles et les salaires bas. Une situation financière instable et fragile ne permettant pas toujours l'acquisition d'une assurance-maladie, a une influence sur leur santé (Phaneuf, 2013). L'impact de conditions de vie précaire sur la santé facilite l'apparition de maladies chroniques somatiques ou

psychiques. Ce sont souvent des personnes qui sont éloignées de leurs proches ou de leur famille et très souvent touchées par la stigmatisation, la pauvreté et la discrimination, ce qui favorise l'isolement social et parfois un déficit au niveau de leur santé. Ajoutées à cela, les différences linguistiques et culturelles sont un frein à l'accès au réseau socio-sanitaire (Aide Suisse contre le Sida, 2012). C'est une population qui a tendance à se retirer du système de santé pour ne réapparaître que quelque temps plus tard dans un état qui est malheureusement qualifié de catastrophique, mettant sérieusement en péril leur qualité de vie, augmentant le risque de complications de leur capital de santé ainsi que le coût de leur prise en charge (Bouchaud, 2014). Il est en effet plus difficile pour les populations migrantes « d'adopter un comportement favorable à la santé et d'accéder de façon adéquate à notre système de santé à cause des difficultés de compréhension et des barrières socioculturelles. » (OFSP, s.d.). Les difficultés rencontrées par une personne migrante ayant un statut légal sont déjà non négligeables, mais il paraît vraisemblable qu'en situation d'illégalité (NEM, déboutés, sans papiers...), les difficultés soient encore plus prononcées.

Selon Ghadi & Serbandini (2010), le système de santé suisse est complexe, et cette complexité peut favoriser la non-adhérence des migrants au système de santé. De plus, les différences de culture, de valeurs, de langue et la peur d'être stigmatisé peuvent pousser les personnes migrantes à se replier sur elles-mêmes, repoussant voire même évitant la gestion de leur santé.

Ainsi, la position socio-économique qui augmente le statut précaire des personnes migrantes, l'accès limité aux soins et aux services sociaux, la barrière de la langue qui limite la communication avec le personnel soignant et la barrière culturelle qui peut engendrer des incompréhensions dans la prise en soins sont tous des facteurs qui favorisent le développement de maladies chroniques telles que le VIH/SIDA.

2.4. Migration et VIH/SIDA

Données factuelles

Le VIH, appelé virus de l'immunodéficience humaine, est un virus qui s'attaque aux cellules du système immunitaire (lymphocytes T4) et l'affaiblit. Par conséquent, la sensibilité de la personne face à des infections banales (grippes, rhumes, angines) est fortement majorée et le système immunitaire n'arrive plus à se défendre contre les agents pathogènes, ce qui peut donc conduire au décès. Le SIDA (syndrome de l'immunodéficience acquise) est le dernier stade de l'infection à VIH (OMS, 2014). Selon l'Aide Suisse contre le Sida (s.d.), si la personne n'est pas traitée, son espérance de vie est faible et va seulement de quelques mois à trois ans.

Le VIH/SIDA est une maladie qui reste une préoccupation majeure de santé publique. En effet, à ce jour elle a déjà fait plus de 34 millions de morts dans le monde (OMS, 2015).

En Suisse, 0,3% de la population est porteuse du VIH. Parmi les groupes de personnes les plus touchés, il y a des hommes homosexuels, des consommateurs de drogue par injection et des personnes migrantes d'origine subsaharienne. 5% d'entre eux ou plus sont porteurs du virus (OFSP, 2015). Les personnes en provenance d'Afrique Subsaharienne représentent 0,7% de la population en Suisse, celles venant d'Asie (Inde, Chine, Thaïlande, Myanmar) 0,42%, celles venant d'Europe (Europe de l'Est et Asie centrale) 0,31% et celles d'Amérique Latine (Belize, Brésil, Argentine) 0,26% (Aide suisse contre le Sida, 2013). Selon l'Aide Suisse contre le Sida (2012), ces pays présentent une haute prévalence de VIH. De plus, les personnes qui ont vécu un épisode migratoire représentent la moitié des transmissions hétérosexuelles du VIH (Aide Suisse contre le Sida, 2012).

Barrières culturelles

La plupart des personnes migrantes qui vivent dans des conditions de vie précaire ont une santé généralement plus faible qui ne fait pas nécessairement partie de leurs préoccupations principales. De plus, elles consultent souvent le système de santé de manière tardive, lorsque leur système immunitaire est déjà très affaibli (Aide Suisse contre le Sida, 2012). Plusieurs raisons peuvent expliquer leur consultation tardive, voire leur non-adhésion au système de santé. Par exemple, il existe des croyances selon lesquelles le VIH est vu comme quelque chose d'immoral et de tabou, comme une maladie que Dieu aurait donnée comme punition pour un mauvais comportement. Il existe également des théories de conspiration affirmant que le gouvernement aurait intentionnellement infecté le peuple africain. Ce serait une maladie étrangère créée par l'homme blanc afin de dissuader les Africains à avoir des relations sexuelles et qui aurait été transmise lors des dons de sang à la Croix-Rouge (Othieno, 2007).

Un problème autre que les croyances se pose concernant l'adhésion aux soins. Afin de prendre en charge le VIH/SIDA, il est nécessaire de parler de sexualité, mais malheureusement cela va à l'encontre des principes religieux de certaines personnes, et cela crée beaucoup d'inconfort (Othieno, 2007). En effet, chaque culture a ses normes et, concernant les pratiques sexuelles, pour la plupart, il est tabou de parler de sexualité avec son partenaire (Davila, Bonilla, Gonzalez-Ramirez, & Villarruel, 2007). De plus, il est primordial pour ces personnes que leur identité reste secrète afin de ne pas être identifié par quelqu'un qui pourrait colporter cette information. Il est en effet

nécessaire de considérer l'importance de la communauté, car le VIH fait craindre la stigmatisation et le rejet de ses proches.

Il est également important de noter que, selon certaines cultures, les personnes atteintes de VIH sont souvent isolées afin d'éviter que le virus se propage. Elles ne seront donc probablement pas mariées et ne se marieront pas. C'est pourquoi il est préférable que leur maladie reste un secret même pour leur famille afin de ne pas être rejeté (Othieno, 2007).

Evolution de la pathologie

Selon l'Aide Suisse contre le Sida (s.d.), si la personne atteinte ne se traite pas, le virus évoluera en passant par trois stades successifs entre le moment où la personne a été contaminée et l'apparition du SIDA : la primo-infection, la longue phase de latence sans symptômes, puis le SIDA. La durée de ces trois stades varie de plusieurs mois à plus de quinze ans.

Lors du premier stade, la primo-infection, la charge virale augmente rapidement et le risque de transmission est particulièrement élevé. La personne peut ressentir fréquemment des symptômes tels qu'un refroidissement, une légère grippe, une fièvre, des éruptions cutanées, de la fatigue, des maux de tête, etc. Cependant, quelques semaines après, le système immunitaire réagit à l'agression de ces virus et la personne peut souvent se sentir en bonne santé pendant plusieurs années. Le virus est néanmoins bien présent et s'installe peu à peu de manière sournoise en maltraitant constamment le système immunitaire (Aide Suisse contre le Sida, s.d.).

Après cette phase de latence, suit le second stade de la maladie : la phase des symptômes généraux. Le système immunitaire devient de plus en plus faible et n'arrive plus à se défendre contre les agressions multiples auxquelles il doit constamment faire face. La personne commence à présenter des signes de déficience immunitaire tels que des maladies de la peau, des adénopathies, de fortes sueurs nocturnes et d'autres symptômes (Aide Suisse contre le Sida, s.d.).

Le dernier stade de l'infection de ce virus est le SIDA. Une fois ce stade atteint, le système immunitaire n'est plus du tout capable de se défendre et la personne sera donc à même d'attraper n'importe quelle maladie grave ou mortelle (Aide Suisse contre le Sida, s.d.).

Traitements

Il n'existe pas de traitements pour guérir le VIH/SIDA, cependant les progrès permettent désormais aux personnes séropositives⁷ de pouvoir vivre plus longtemps et dans de meilleures conditions, les effets secondaires étant moindres qu'auparavant. L'objectif des médicaments anti-VIH, les traitements antirétroviraux (TAR), est de réduire la charge virale dans l'organisme ainsi que d'augmenter les défenses immunitaires. Ils n'éradiquent pas le virus, mais arrêtent sa propagation. Il en existe six différentes classes ayant un effet différent sur le virus :

- Inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI/INTtI);
- Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI);
- Inhibiteurs de protéase (IP);
- Inhibiteurs de fusion;
- les inhibiteurs du CCR5;
- Inhibiteurs de l'intégrase.

Dans le but d'éviter les résistances ainsi que pour améliorer leur efficacité, les traitements anti-VIH de différentes classes sont combinés (Aide Suisse contre le Sida, s.d.).

Selon la Commission Fédérale pour les problèmes liés au Sida (CFS), « une personne séropositive ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un TAR avec une virémie entièrement supprimée ne transmet pas le VIH par voie sexuelle, c'est-à-dire qu'elle ne transmet pas le virus par le biais de contacts sexuels » (Vernazza, 2008). Afin d'en être certain, il est primordial que la personne atteinte de VIH prenne son traitement de manière régulière, que sa charge virale soit indétectable depuis au moins six mois et qu'elle n'ait contracté aucune autre infection sexuellement transmissible (IST). Ceci est valable uniquement lors de relations avec des partenaires fixes (Vernazza, 2008).

Accès aux soins

En situation de précarité, l'accès à ces thérapies est difficile, en partie à cause des coûts importants qu'imposent la prise de ces traitements (Aide Suisse contre le Sida, 2012).

Il est en effet important de remarquer que la majorité de l'argent gagné par une personne migrante est très souvent envoyée à la famille dans le pays d'origine, entraînant un manque de moyens pour contracter une assurance maladie. Ajoutées à

⁷ Selon Relais VIH « Etre séropositif signifie que l'on est porteur du VIH »

cela, différentes croyances subsistent telles que des théories de conspiration où des femmes appréhendent de prendre les traitements car elles sont persuadées que leur finalité est de détruire les Africains. D'autres mythes persistent également concernant la manière de soigner le VIH : manger des piments rouges ou avoir des relations sexuelles avec une femme vierge éradiquerait la maladie (Othieno, 2007).

Il est, de ce fait, indispensable pour s'assurer de l'observance thérapeutique⁸ d'explorer les croyances de la personne en l'efficacité d'un traitement .

Concernant le suivi médical, une personne séropositive doit faire des contrôles médicaux de manière régulière dans le but « d'évaluer l'état de santé, l'évolution de l'infection par le VIH et l'efficacité de la thérapie » (Aide Suisse contre le Sida, s.d.). Les personnes migrantes présentent souvent des difficultés à effectuer un suivi régulier et rigoureux de leur état de santé de par la légalité de leur statut, leur peur d'être expulsé, leur manque de connaissances du système de santé et de l'influence de leurs croyances (Othieno, 2007).

Prise en soins infirmiers

Il se pose alors la question de savoir comment le personnel de santé pourrait améliorer la prise en charge des patients migrants en situation de précarité et porteur du VIH/SIDA, et les aider à gérer leur santé.

Les croyances, les pratiques en lien, les connaissances lacunaires et l'accès au traitement semblent être un frein à la gestion adéquate de la pathologie. À cela s'ajoute les conditions de précarité et de vulnérabilité. Face à ces patients d'origines diverses et variées tant au niveau culturel que linguistique, la prise en soins des personnes migrantes requiert des habiletés et aptitudes qui incluraient la prise en compte de ces facteurs au sein des établissements de santé (Bülent et al., 2007).

La mise en place d'un « parcours de soins pour accompagner les migrants dans leur maladie et leur itinéraire thérapeutique » (Bouchaud, 2014) pourrait par exemple contribuer à une meilleure prise en soin. L'ethnie, le parcours de vie, la culture, l'environnement et les valeurs seraient abordés de manière adéquate et adaptée afin d'améliorer la prise en soins et la gestion de la santé des personnes migrantes.

⁸ Selon Lamouroux, Magnan et Vervloet (2005) : « l'observance thérapeutique se définit comme la capacité à prendre correctement son traitement, c'est à dire tel qu'il est prescrit par le médecin. »

3. CADRE THÉORIQUE

La culture étant un facteur influençant la compréhension et la gestion de la santé des personnes migrantes, il est apparu évident que le cadre théorique de ce travail devait porter sur une théorie intégrant la culture dans les soins. Notre choix s'est donc porté sur les écrits d'une infirmière théoricienne, Madeleine Leininger, qui s'est intéressée à l'influence de la culture dans les soins et au développement de la compétence culturelle des soignants ce qui favoriserait, selon elle, la qualité des soins envers les personnes migrantes. C'est donc la théorie de l'universalité et de la diversité qui sera adoptée comme cadre théorique à ce travail.

3.1. Ancrage disciplinaire

La théorie de l'universalité et de la diversité des soins selon la culture a été développée par la théoricienne Madeleine Leininger. Elle fut la première à mettre en évidence le concept de soins basés sur la culture en soulignant l'impact de la culture sur la santé. La relation entre le soin et la culture est en effet au centre de sa théorie (Leininger & McFarland, 2006).

Selon Fawcett, la théorie de M. Leininger se situe dans le paradigme de l'interaction réciproque. Ce paradigme est une façon de voir le monde qui, d'après le cours de Da Rocha (communication personnelle [Polycopié], 24 septembre 2013) reconnaît les éléments multiples et les manifestations en lien avec le contexte (environnement). L'infirmière doit évaluer et prendre en compte les multiples facteurs susceptibles d'influencer les manifestations des troubles de la santé et comprendre comment ils interagissent afin d'adapter sa prise en soins.

M. Leininger se situe dans l'école de pensée du Caring. Les fondements de cette école sont le caring, la spiritualité et la culture. Le « caring » est le fait de « faciliter et soutenir » les personnes en prenant en compte leur spiritualité, mais aussi « leurs valeurs, leurs croyances, leur mode de vie, et leur culture ». Les théoriciennes de cette école pensent qu'en améliorant la compétence culturelle des soignants, en prenant en compte des concepts tels que la culture et la spiritualité, la qualité des soins sera potentialisée et le soin pourra donc être considéré comme un soin humain. Elles considèrent de plus que la personne soignée possède ainsi les ressources nécessaires pour être actrice de sa santé. Elles soulignent également qu'il ne faut pas séparer ni négliger les aspects instrumentaux ou techniques des aspects affectifs ou humanistes liés à l'attitude et à l'engagement du soignant. (Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2010).

Dans son modèle, M. Leininger soumet 13 postulats. La synthèse de ceux-ci se profile comme suit : le soin est l'essence de la discipline infirmière, la santé, la maladie et les

soins sont des concepts perçus de différentes manières selon la culture et finalement il existe des similitudes entre toutes les cultures du monde. C'est pourquoi il n'est possible de parler de compétence culturelle que lorsque l'infirmière a pris le temps de s'intéresser aux valeurs, aux croyances et aux habitudes de vie du patient, car ce n'est qu'à ce moment-là que les soins pourront être considérés comme congruents. Afin que le soin soit culturellement en accord avec la personne soignée, l'infirmière a trois possibilités d'action : la conservation et/ou le maintien, l'adaptation et/ou la négociation et le remodelage et/ou la restructuration du soin culturel (Alligood & Tomey, 2010). Dans le cadre des pratiques liées au VIH, la difficulté du soignant, confronté aux croyances qui faussent les visions serait de présenter un soin à la personne migrante tout en respectant ses origines. Par exemple, face à une personne migrante qui soignerait son VIH avec des graines de lin, l'infirmière aura la possibilité, toujours en accord et avec son aide, de préserver le soin s'il est bénéfique pour elle, de l'adapter ou de le restructurer s'il est néfaste dans le but qu'elle acquiert des habitudes plus adaptées à ses besoins de santé (Smeltzer, Bare, Brunner & Suddarth, 2006).

3.2. Méthodologie de la pratique

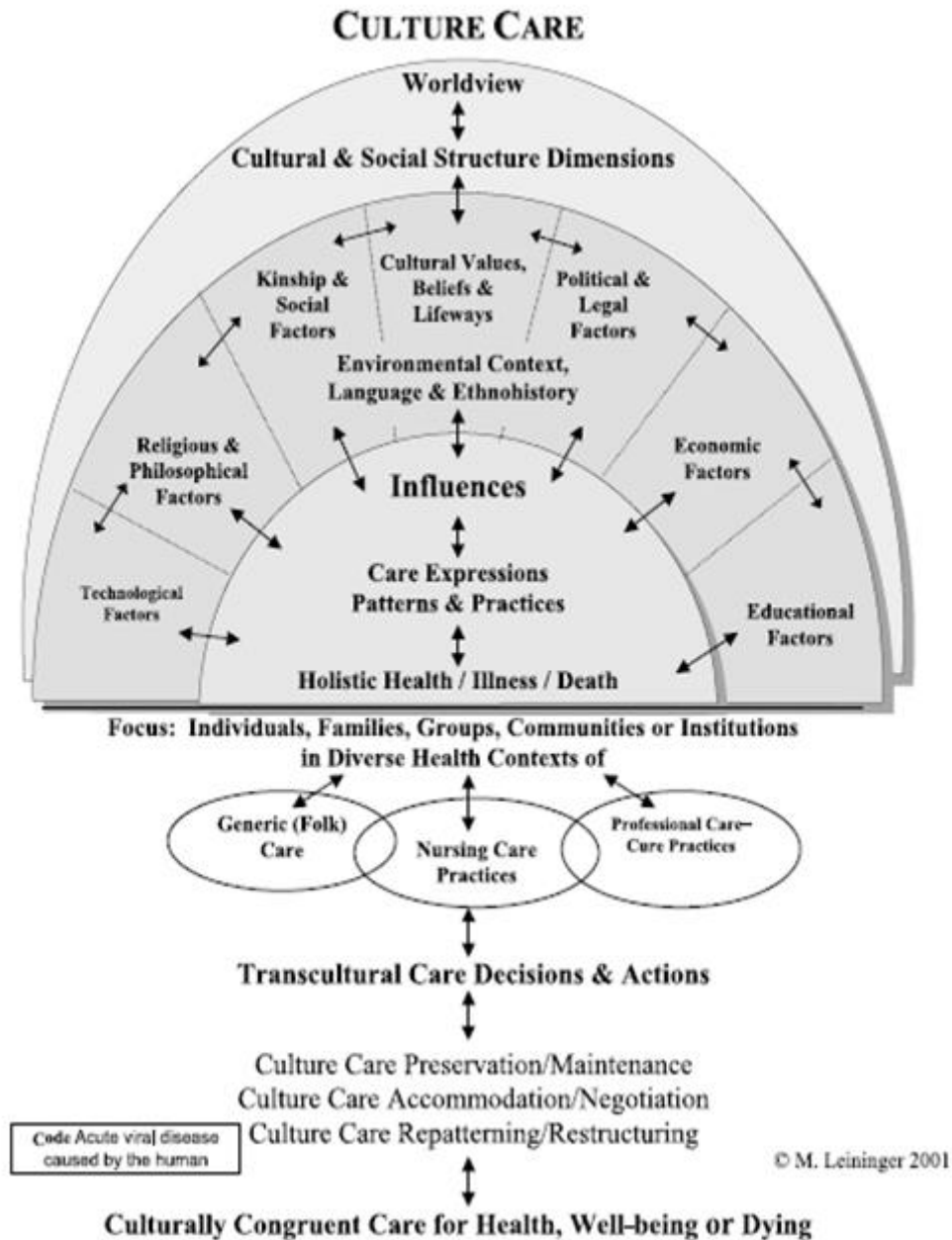
La théorie de M. Leininger guide la pratique en aidant les infirmières à être conscientes et sensibles aux cultures individuelles puis à plus grande échelle à des groupes et des familles, aux institutions et cultures nationales et finalement à la culture humaine mondiale. Le *Sunrise model* (Figure 1) est un modèle facilitateur qui oriente les décisions et les actions de soins à travers un processus axé sur des composantes spécifiques de la théorie. Il est un guide visuel pour l'exploration des cultures et ne devrait pas être considéré comme une théorie en soi mais plutôt comme une représentation des multiples composantes de la théorie. Par conséquent, en utilisant le *Sunrise model* l'infirmière progresse à travers ses actions et la compréhension du système social de la personne afin de fournir des soins culturellement compétents et congruents. Il permet à l'infirmière de recueillir les données pertinentes et de mener une évaluation axée sur la culture. Celle-ci se compose d'une vision holistique des antécédents du patient en y incluant la communication et la langue, le sexe et les relations interpersonnelles, les coutumes, l'apparence, l'utilisation de l'espace, les préférences alimentaires et autres modes de vie (Alligood, 2014).

La reconnaissance de la diversité culturelle permettrait à l'infirmière d'éviter d'être dans des stéréotypes ou de supposer des réactions similaires face aux soins. De plus, l'universalité culturelle qui se réfère aux points communs existants dans chaque culture mettrait en évidence les similitudes et différences en matière de soins et l'impact sur la santé et le bien être des patients.

Concrètement, l'infirmière va utiliser le *Sunrise model* comme suit:

1. L'infirmière va débiter sa prise en soins par une phase de participation, d'observation et d'interview afin de découvrir la vision du monde de la personne, les dimensions culturelles et sociales en considérant les valeurs culturelles et la manière de vivre mais aussi les facteurs religieux, sociaux, politiques, juridiques, économiques et éducatifs et finalement l'influence du langage, de l'histoire ethnique et du contexte environnemental.
2. Elle va analyser ces premières informations recueillies et observées afin de découvrir quels sont les modèles et visions du patient liés à la santé et au bien-être.
3. Elle va ensuite examiner sa prise en charge attentivement en fonction des données afin de déterminer quels soins infirmiers et systèmes professionnels de soins seraient adéquats en fonction de la situation et des données récoltées.
4. Elle va développer un plan de soins basé sur les données recueillies et le présenter au patient afin de le revoir et d'y apporter les modifications nécessaires. C'est ici que les 3 actions de l'infirmière sont mises en pratique (conservation et/ou maintien, adaptation et/ou négociation, remodelage et/ou restructuration)
5. Finalement l'infirmière met en œuvre son plan de soins et observe les résultats d'un soin culturellement congruent afin de promouvoir la santé et le bien être (Alligood, 2014).

Figure 1. *The Sunrise Model*



tiré de : Melo, 2013

3.3. Métaconcepts

En sciences infirmières, la prise en soins est basée sur des métaconcepts qui comprennent le patient d'un point de vue holistique. Les quatre notions qui permettent cette approche dans les soins infirmiers sont la prise en compte de la personne, du soin, de la santé et de l'environnement.

La personne

Concernant la personne, M. Leininger considère qu'il s'agit d'un terme limité. C'est en effet la première à parler « d'être humain » plutôt que de « personne », car ce mot n'existe pas dans toutes les cultures. Elle souligne donc que ce métaconcept ne peut pas être dissocié de sa culture (Leininger, 1997).

Selon notre problématique, l'être humain qui ne peut se dissocier de sa culture est la personne migrante en situation de précarité atteinte de VIH, dont les croyances ont un impact sur la gestion de sa santé.

Le soin

Concernant ce métaconcept, celui-ci doit être focalisé sur un soin humain et doit prendre en considération les valeurs culturelles ainsi que le mode de vie de la personne soignée (Leininger, 1997). Selon notre problématique, un soin culturellement adapté à chacun est le facteur qui favoriserait la gestion de la santé des personnes migrantes en situation de précarité atteintes de VIH. La prise en compte des facteurs d'influence culturelle permettrait de mieux adapter l'offre en soins.

La santé

Selon M. Leininger, le métaconcept de la santé n'est pas à attribuer uniquement aux soins infirmiers, mais va au-delà et signifie davantage que simplement une absence de maladie. Il intègre essentiellement la culture et la religion (Leininger, 1997). Selon notre problématique, la santé serait la possibilité de pouvoir accéder à une offre en soins indépendamment de sa condition de précarité.

L'environnement

Selon cette théoricienne, l'environnement est défini comme des expériences subjectives qui guident les comportements humains en lien avec un contexte physique, écologique, sociopolitique et culturel particulier (Leininger, 1991, 1995 a,b, 1997). Selon notre problématique, le contexte de migration impliquant des conditions de vie difficiles ainsi que des différences culturelles notables est l'environnement étudié.

4. QUESTION DE RECHERCHE

La question de recherche s'articule ainsi :

Quels facteurs interculturels faudrait-il inclure à une prise en soins infirmiers afin que la personne migrante en situation de précarité et atteinte du VIH/SIDA puisse améliorer la gestion de sa santé?

5. MÉTHODE

Afin de réaliser notre recherche, nous avons commencé par définir nos mots clefs et identifier les concepts clefs grâce à la méthode PICOT. Pour la recherche documentaire nous avons interrogé la base de donnée PUBMED qui regroupe des articles axés sur le domaine biomédical, et celle de CINAHL centrée sur les soins infirmiers et les professions paramédicales.

5.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

En partant du thème choisi pour la revue de littérature à savoir « la prise en soins de maladie chronique auprès de migrants », la première étape de la réflexion s'est axée sur la compréhension et la découverte des populations migrantes afin de pouvoir préciser la population cible. Puis, la deuxième étape consistant à déterminer la maladie chronique à étudier, une recherche sur les pathologies touchant le plus les populations migrantes a été effectuée. Parmi celles trouvées, le choix s'est porté sur le VIH/SIDA. La compréhension de la pathologie a constitué la troisième étape. Puis, la réflexion s'est orientée sur l'impact de la précarité, la vulnérabilité, la culture, les croyances, etc. dans la gestion de cette affection. Finalement, l'exploration des difficultés rencontrées par les infirmières et les solutions possibles à celles-ci a formé la quatrième étape.

Afin que notre recherche documentaire soit structurée et ciblée, nous avons utilisé la méthode PICOT présentée ci-dessous, qui nous a permis de mettre en évidence les concepts clefs. Ces données posées nous ont aidé à préciser le domaine de la recherche.

5.2. PICOT

P : *Population/Pathologie* : Infirmières.

I : *Intervention* : Intégration des facteurs culturels / soins culturellement adéquats.

C : *Contexte* : Migration + VIH/SIDA.

O : *Outcome* : Gestion de la santé/ accès aux soins/ qualités des soins aux migrants.

T : *Temps* : Pas utilisé.

5.3. Définition des descripteurs

Afin d'effectuer une recherche documentaire dans les bases de données PUBMED et CINAHL plus spécifique et précise, nous avons commencé par traduire nos concepts clefs en anglais avec des logiciels adaptés. Puis, il a fallu trouver les descripteurs de

nos mots clefs conformes aux bases de données consultées. Nous avons ensuite combiné nos résultats à l'aide des opérateurs booléens OR et AND.

De manière générale, les descripteurs étaient similaires dans les bases de données.

Le détail pour les deux bases de données utilisées est décrit ci-dessous.

PUBMED

Mot	Traduction Anglais	Mesh terms
Soins culturellement adéquats, compétences culturelles, soin interculturel	Culturally appropriate care, cultural competency, intercultural care	Cultural competency, cultural diversity, transcultural nursing, culturally competent care
Infirmière	Nurses, Caregivers	Nursing, nurses, medical staff, patient care team, health personnel, nursing staff, attitude of health personnel
Précarité	Migrants, Immigrants, Emmigrants, Insecurity	Emigrants and immigrants, transients and migrants, human migration, emigration and immigration
SIDA/VIH	HIV, AIDS	Acquired immunodeficiency syndrome, HIV, HIV infections, AIDS

CINAHL

Mot	Traduction Anglais	Cinahl Headings
Soins culturellement adéquats, compétences culturelles, soin interculturel	Culturally appropriate care, cultural competency, intercultural care	Cultural Competence, cultural diversity, Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality, Transcultural Nursing, Transcultural Care
Infirmière	Nurses, caregivers	Multidisciplinary Care Team, Team Nursing, Health Personnel, Attitude of Health personnel, Staff Nurses, Nurses, Medical Staff
Précarité	Migrants, immigrants, Emigrants, Insecurity	Emigration and Immigration, Transients and Migrants
SIDA/VIH	HIV, AIDS	Human Immunodeficiency Virus, Acquired Immunodeficiency Syndrome, HIV Infections, HIV-Infected Patients

5.4. Equations de recherche

Plusieurs équations de recherches ont été effectuées sur les bases de données de CINAHL et PUBMED à l'aide des descripteurs, ceci afin de trouver des articles pertinents à l'élaboration de cette revue de la littérature. Par souci de simplification et de compréhension, nous n'allons pas décrire toutes les combinaisons effectuées.

Quelques exemples d'équations:

"cultural competency" OR "cultural diversity" OR "transcultural nursing" OR "culturally competent care" AND "nursing" OR "nurses" OR "medical staff" OR "patient care team" OR "health personnel" OR "nursing staff" OR "attitude of health personnel" AND "emigrants and immigrants" OR "transients and migrants" OR "human migration" AND "acquired immunodeficiency syndrome" OR "HIV" OR "HIV infections" OR "AIDS"

"acquired immunodeficiency syndrome" OR "HIV" OR "HIV infections" OR "AIDS" AND "emigrants and immigrants" OR "transients and migrants" OR "human migration"

"nursing" OR "nurses" OR "medical staff" OR "patient care team" OR "health personnel" OR "nursing staff" OR "attitude of health personnel" AND "acquired immunodeficiency syndrome" OR "HIV" OR "HIV infections" OR "AIDS"

"cultural competency" OR "cultural diversity" OR "transcultural nursing" OR "culturally competent care" AND "emigrants and immigrants" OR "transients and migrants" OR "human migration"

"multidisciplinary Care Team" OR "team nursing" OR "health Personnel" OR "attitude of Health personnel" OR "staff Nurses" OR "nurses" OR "medical Staff" AND "Multidisciplinary Care Team" OR "Team Nursing" OR "Health Personnel" OR "Attitude of Health personnel" OR "Staff Nurses" OR "Nurses" OR "Medical Staff" AND "Emigration and Immigration" OR "Transients and Migrants" AND "Human Immunodeficiency Virus" OR "Acquired Immunodeficiency Syndrome" OR "HIV Infections" OR "HIV-Infected Patients"

5.5. Critères d'inclusion

Afin de cibler notre recherche et faire ressortir les articles les plus pertinents nous avons mis en place les critères d'inclusion suivants :

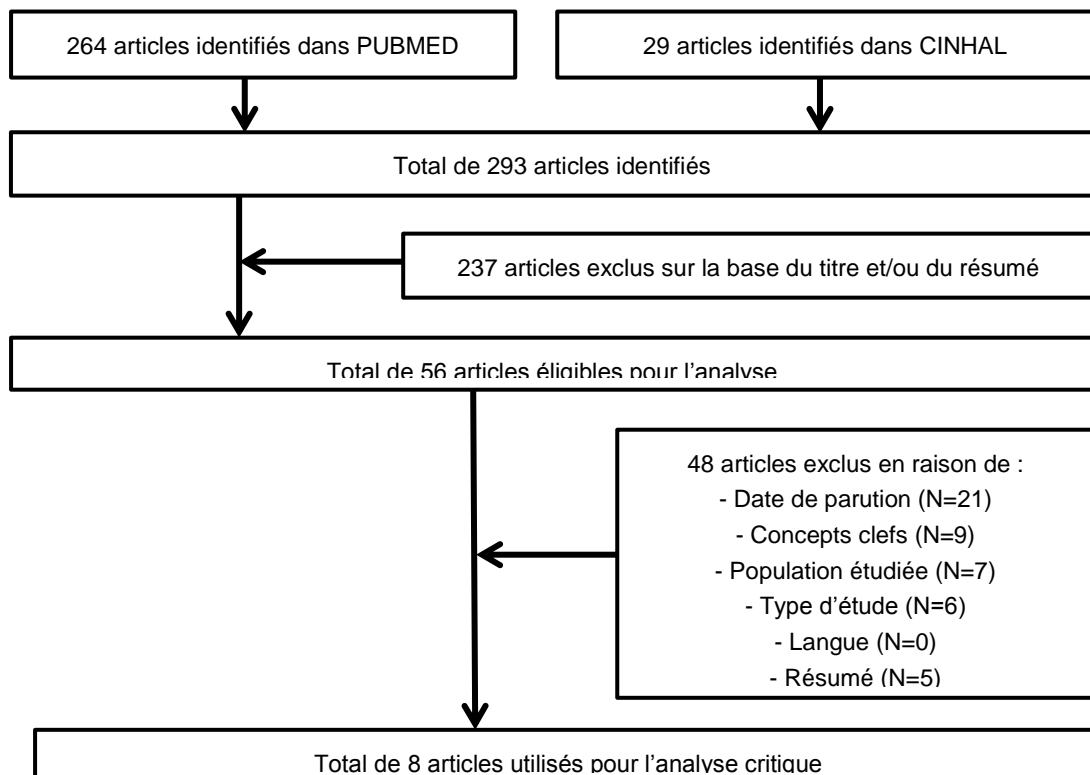
- Langue: Anglais, Français
- Date: Dix ans maximum
- Population: Soignants, migrants
- Concepts clefs: Culture, VIH/SIDA, précarité, prise en soins
- Résumé: Présent
- Type d'étude: études scientifiques

Ces recherches ont pris place entre 2015 et 2016. En février 2016, huit articles ont été retenus afin d'effectuer notre revue de littérature.

5.6. Diagramme de flux

Le diagramme de flux, présenté dans la Figure 2, met en évidence le processus d'identification des articles retenus. Les huit articles retenus ont été trouvés grâce à la combinaison de tous nos descripteurs dans les bases de données associée à l'application des critères d'inclusion. Nous nous sommes appuyées sur la lecture des articles pour faire émerger notre question de recherche.

Figure 2. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles



5.7. Description des huit articles retenus

Sur les huit articles retenus, nous avons :

- six études qualitatives (2, 3, 4, 5, 6, 7)
- une méta-analyse (8)
- une revue de la littérature (1)

Les études se sont déroulées :

- Aux USA (1, 2, 3)
- En Suisse (4, 7)
- En Espagne (5)
- Dans plusieurs pays Européens (6)

Deux articles ciblent la vision des soignants (3, 6) et les six autres articles se concentrent sur la vision des migrants.

Les migrants dont il est question dans les articles sont:

- les migrants économiques (1)
- les migrants Sud Américains (2, 8)
- les migrants d'Afrique Sub-Saharienne (4, 5, 7)

Un seul article sur les huit traite uniquement des femmes (4).

Un article a comme population cible les migrants sans statut légal (2).

Les huit articles retenus abordent différents thèmes tels que le lien entre la migration et le VIH/SIDA (1), les difficultés propres aux soignants (2, 6), les barrières à l'accès aux soins identifiées par les migrants (3, 4, 5, 7, 8), le contexte politique (1, 6) et les spécificités et diversités culturelles (5, 2).

6. RÉSULTATS

Une fois les articles trouvés et validés, des fiches de lectures ont été réalisées afin de bien comprendre le contexte, la méthode et les résultats de chaque article. En annexe 1 de ce travail se trouve l'exemple d'une fiche de lecture type.

Par la suite, un tableau comparatif en annexe 2 a aussi été effectué, toujours dans le but de mieux comprendre et mettre en évidence les points essentiels des études admises dans cette revue de la littérature.

L'analyse critique des articles est présentée selon le plan suivant :

- le titre de l'article
- le nom des auteurs
- l'objectif de l'étude
- la méthode utilisée
- les résultats principaux
- les limites
- l'aspect éthique

Puis en point 6.2, les résultats sont présentés par thèmes principaux.

6.1. Analyse critique des articles retenus

Article 1 :

Labor Migration and HIV Risk : A systematic Review of the Literature

Cet article rédigé par Weine et Kashuba (2012) présente une revue de littérature comprenant 97 articles. L'objectif de celle-ci est d'identifier les facteurs qui mettraient en évidence le lien entre le VIH et les migrants économiques.

Afin de sélectionner les articles de l'étude, PUBMED et EBSCO ont été consultés avec les mots clefs suivants : *HIV, AIDS, migrant, migrants, labor migrant, mobility et migration*. De plus, les références de chaque article ont été examinées afin d'ajouter d'autres articles potentiels à la présente étude. Un total de 216 articles ou chapitres ont été retenus. Après avoir trié les articles par critères d'inclusion/exclusion (population cible, lien VIH-migration économique, date de publication, langue), 97 articles ont été retenus. Parmi ces articles, on retrouve des études quantitatives (n=46), quantitatives avec des données biologiques dans l'échantillon (n=25), qualitatives (n=15) et mixtes (n=11). Les migrants économiques sont la population étudiée. N'étaient inclus dans cette étude que les migrants économiques partant seuls et de manière temporaire de leur lieu de résidence initiale avec l'intention de rentrer ultérieurement dans leur pays.

Cette revue met en évidence, par quatre facteurs modifiables, l'impact de ce type particulier de migration sur la propagation du VIH. Ces facteurs s'inscrivent dans un contexte politique, un contexte socioculturel, la santé physique/mentale ainsi que les pratiques sexuelles.

Les personnes migrantes étant considérées comme une population vulnérable, ces facteurs agissent sur elles de différentes manières :

- contexte politique : les absences fréquentes et prolongées afin de trouver de meilleurs salaires, un statut financier qui s'avère ne pas être celui espéré lors du départ, des conditions de travail difficiles, un accès au système de santé très limité et des barrières de langue importantes influencent les réactions de la personne migrante.

- contexte socio-culturel : les différences culturelles, la séparation de la famille et des proches impliquent un soutien social très amoindri et un sentiment de solitude.

- contexte de la santé physique/mentale : l'utilisation de drogue, de seringues et d'alcool, la présence d'IST, un état dépressif et le stress augmentent les risques de contracter le VIH. De plus, l'accès limité au système de santé dû à leur statut et le fait que la santé n'est pas leur priorité conduit à un manque de rigueur dans le dépistage du VIH.

- les pratiques sexuelles : incluent l'utilisation quasi nulle de préservatifs, les partenaires multiples, le recours à des travailleurs/euses du sexe, des connaissances insuffisantes sur le VIH, et une perception amoindrie des risques de cette pathologie.

Tous ces facteurs sont intimement liés et agissent les uns sur les autres. Ils mènent tous vers des comportements à risques et une transmission du VIH très élevée.

Les auteurs relèvent un certain nombre de limites à cette étude. En effet, dans certains articles étudiés, il y a premièrement un manque de cohérence dans la façon dont les chercheurs distinguent les migrants économiques des autres types de migrants. Deuxièmement, la migration et le VIH n'ont que peu été étudiés dans les régions méditerranéennes orientales, la grande corne de l'Afrique, la Thaïlande et le Myanmar pourtant relevées par l'OMS comme des pays à haute prévalence du VIH. Troisièmement, il y a seulement dix études qui se sont penchées sur la relation entre le VIH et les migrantes économiques alors que les femmes sont de plus en plus susceptibles de le devenir. Quatrièmement, bien que la population de travailleurs migrants est difficile à étudier en raison de leur mobilité et de leur situation irrégulière, les plans de recherche pourraient être plus rigoureux dans les moyens utilisés ce qui rendrait les comparaisons entre études plus aisées.

Finalement, l'aspect éthique n'est pas abordé dans cette étude.

Article 2 :

Sociocultural and Structural Barriers to Care Among Undocumented Latino Immigrants with HIV Infection

Cette étude qualitative menée par Dang, Giordano et Kim (2012) a pour objectif d'identifier les barrières socioculturelles et structurelles qui amènent les immigrants sud-américains sans-papiers diagnostiqués VIH positif à consulter les services de santé de manière tardive.

Entre les mois de juin et d'août 2006, 22 interviews semi-structurées et enregistrées ont été réalisées auprès d'immigrants sud-américains VIH positifs. Les participants devaient être âgés de 18 ans ou plus, être entrés aux USA après 1994, et résider dans l'un des six quartiers métropolitains de Houston. Une fois les données récoltées et analysées, elles étaient importées dans un programme d'analyse de données (AnSWR), développé par le centre pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC).

La langue, les croyances et attitudes face au VIH/SIDA, la honte de la maladie ou la volonté de garder le secret sur son état de santé sont des barrières non négligeables à l'accès aux soins pour cette population. Cependant, ce que les auteurs relèvent comme principales barrières se situent dans la peur de la stigmatisation et du rejet de sa famille ou de sa communauté, mais aussi dans leur statut illégal. En effet, ces personnes craignent d'être renvoyées dans leur pays d'origine, parce qu'elles sont malades ou parce qu'elles sont « découvertes » par le système de santé. Un renvoi impliquerait un non accès à la médication et l'arrêt de l'aide financière pour la famille.

Cette étude n'est pas représentative de cette population, car elle ne considère qu'un état des Etats-Unis (Texas). De plus, les services de soins ont joué un rôle actif dans le recrutement des participants, ce qui signifie que les personnes qui composaient l'échantillon recevaient des soins et un support social au moment de l'étude. Tout ceci pourrait influencer les réponses. Cependant, cette étude met tout de même en lumière des difficultés propres à des personnes migrantes sans papiers, qui reste une population difficile à étudier.

Concernant l'éthique dans cet article, un consentement écrit a été demandé avant de commencer le processus d'interview et les chercheurs n'ont pas demandé de renseignements d'identification personnelle concernant les participants.

Article 3 :

Cultural challenges and barriers through the voices of nurses

Cette étude réalisée par Hart et Mareno (2013) est une étude descriptive qualitative. La composante qualitative de cette étude faisait partie d'un projet de recherche plus large utilisant une étude prospective transversale descriptive. L'objectif de cette étude consiste à décrire les défis et les barrières perçus par les infirmières lors de prises en soins auprès d'une population multiculturelle.

Cette étude a été menée auprès de 374 infirmières actives dans le Sud-Est des Etats-Unis. Les infirmières devaient remplir un questionnaire de manière manuscrite ou par internet. Le questionnaire était divisé en deux parties. Une première partie avec des questions démographiques (âge, genre, ethnie, etc.) et une deuxième partie avec la possibilité de répondre à deux questions ouvertes :

- décrire les défis potentiels et barrières pour des soins intégrant la dimension culturelle de chaque patient;
- proposer des stratégies ou solutions afin de pallier à ces défis/barrières.

Par la suite, les données étaient retranscrites sur ordinateur pour les réponses manuscrites. Le programme NVIVO version 8.0 a été utilisé pour la gestion de l'ensemble des données, puis les thèmes principaux ont été mis en évidence.

Les résultats de cette étude montrent que les infirmières sont confrontées à trois principales barrières lors de prises en soins multiculturelles :

Premièrement, elles sont face chaque jour à une large diversité culturelle qui rend l'apprentissage des us et coutumes plus difficile. De plus, les différentes langues et les attentes des patients augmentent les difficultés de compréhension.

Deuxièmement, elles mettent en évidence un manque de ressources qui réside principalement dans le temps à disposition pour chaque patient. De plus, elles relèvent un déficit de connaissances empêchant de prodiguer des soins culturellement compétents.

Troisièmement, certaines soulignent l'importance d'examiner ses préjugés, de les comprendre et de les modifier, ceci afin de pouvoir fournir des soins culturellement adéquats. D'autres estiment qu'il en incombe aux migrants de s'adapter au pays et à la culture du pays d'accueil, et d'autres expriment le fait qu'il est important de respecter chaque culture.

Les limites de cette étude résident dans la non représentativité de l'échantillon sélectionné, car il ne cible qu'une partie des Etats-Unis. Il est constitué majoritairement de femmes de type caucasien et comprend de grandes différences de données démographiques. De plus, les auteurs n'ont pas eu d'interaction directe avec les infirmières de cette étude. Cependant, c'est un article qui cible le regard des soignants

sur les difficultés qu'ils rencontrent, ce qui est un point intéressant. Par ailleurs, l'échantillon de cette étude (n= 374) reste considérable au vu d'une étude de type qualitative.

Concernant l'aspect éthique, c'est une étude qui a été approuvée par un comité institutionnel. Elle était décrite en détail aux participants et incluait les droits et responsabilités de chacun. De plus, les réponses étaient anonymes et les adresses mails effacées après réception des réponses.

Article 4 :

HIV disclosure and nondisclosure among migrant women from sub-Saharan Africa living in Switzerland

Cette étude qualitative réalisée par Sulstarova, Mileti, Mellini, Villani et Singy (2014) a pour objectif d'examiner les raisons qui poussent les femmes migrantes provenant de pays sub-saharien et vivant en Suisse à divulguer ou non leur diagnostic de VIH.

Des interviews semi-structurées d'une durée de deux heures et demie ont été effectuées auprès de trente femmes entre 18 et 60 ans provenant de onze pays d'Afrique Sub-saharienne et vivant en Suisse romande. Les interviewers ont focalisé leurs questions autour de thèmes sur la migration, la trajectoire du VIH/SIDA, la divulgation versus la non-divulgation, et la perception de la sexualité et du VIH/SIDA. Les données récoltées ont ensuite été analysées par le programme NVIVO 10 afin de mettre en évidence les raisons de la divulgation versus la non-divulgation de la pathologie du VIH/SIDA.

Trois principaux champs émergent de cette étude :

- la sphère sociale : elle n'est pas abordée en détail dans cette étude, mais elle met toutefois en évidence la tendance qu'auraient les femmes à garder leur diagnostic pour elle ou à ne le divulguer qu'à un nombre très restreint de personnes, par crainte de la stigmatisation et du rejet. Ce phénomène s'accroît surtout au niveau des communautés sub-sahariennes de migrants, des communautés religieuses et sur le lieu de travail;
- la sphère médicale : deux tendances apparaissent. Tout d'abord, le progrès de la médecine, le développement de thérapie antirétrovirale, le stress, le fardeau du secret, le conseil de professionnels, la volonté de compréhension et de promotion auprès des pairs ainsi que l'invisibilité de la maladie sont des raisons qui vont pousser ces femmes à parler de leur diagnostic. De plus, les lieux médicalisés ou les associations de lutte contre le VIH/SIDA sont des endroits où les femmes se sentent en confiance. A contrario, le fait d'avoir des partenaires occasionnels, d'utiliser le préservatif lors de

rapports sexuels et le fait que la maladie soit invisible va amener ces femmes à ne pas parler de leur maladie dans la sphère médicale;

- la sphère éthique : elle va pousser les femmes à divulguer leur diagnostic, et ce pour des raisons d'obligations morales, d'honnêteté, de confiance, de dignité, de respect et pour affirmer leur besoin d'autonomie. Par ailleurs, les femmes sans statut légal peuvent se sentir dans l'obligation de parler de leur situation de santé pour pouvoir rester dans le pays d'accueil. Pour d'autres, c'est uniquement le fait de voir la maladie comme faisant partie de leur vie privée qui les pousseront à garder cela pour elle.

Les limites de cette étude prennent place dans la nature qualitative des données récoltées. Les femmes interviewées ne sont pas représentatives de la population subsaharienne et sont majoritairement camerounaises.

Concernant l'éthique, c'est une étude qui a été validée par les comités d'éthique de deux universités suisses et il était mentionné aux femmes participant à cette recherche que les informations récoltées resteraient strictement confidentielles.

Article 5 :

Reluctance to do blood testing limits HIV diagnosis and appropriate health care of Sub-Saharan African migrants living in Spain

L'étude menée par Navaza et al. (2012) est une étude qualitative ayant pour objectif de comprendre pour quelles raisons les migrants d'Afrique Sub-Saharienne (SSAM) vivant en Espagne ont des réticences à faire des tests sanguins de dépistage du VIH/SIDA.

Cette étude a pris place auprès de 23 ONG de 12 régions d'Espagne. 1338 hommes SSAM entre 20 et 30 ans vivant en Espagne depuis moins de deux ans ont participé à cette étude. Dans un premier temps, une sélection de 1325 personnes a été conviée à une discussion ouverte sur la prévention du VIH/SIDA. La discussion était menée par des docteurs, des traducteurs/interprètes, des médiateurs interculturels et un psychologue. Puis, trois interviews approfondies et deux focus groupes de cinq personnes chacun ont été effectués afin de comparer les données de la discussion ouverte. La comparaison des données s'est effectuée par triangulation.

L'analyse des informations recueillies a mis en lumière huit catégories inter-reliées à la réticence aux tests sanguins :

- les déterminants socio-culturel de la santé : le recours aux médecines traditionnelles, les difficultés d'accès aux soins, l'habitude de ne pas effectuer de consultations préventives mais de recourir au système de santé uniquement en cas de maladie avérée amènent les personnes à ne pas effectuer de dépistage sanguin;

- les droits en matière de santé : les barrières linguistiques et le manque de connaissances des personnes migrantes sur les droits en matière d'accès au système de santé limitent les possibilités de dépistage;
- la valeur symbolique du sang : le sang est symbole de vie et de force. Pour travailler les SSAM ont besoin de force et ne veulent donc pas qu'elle leur soit otée par un prélèvement sanguin;
- la quantité de sang prélevé : les SSAM pensent qu'une trop grande quantité de sang est prélevé pour le test de dépistage sanguin. Retirer autant de sang favoriserait le développement de maladies;
- la perception de la santé : la santé n'est pas uniquement un phénomène biomédical mais comprend aussi l'aspect psychologique et émotionnel. La perception métaphysique et religieuse intervient beaucoup dans la perception de la santé;
- la perception du VIH/SIDA : Le VIH/SIDA est perçu comme une infection créée par les sociétés occidentales qui les empêcheraient de travailler et de mener leur projet migratoire à terme. Plusieurs participants expriment la peur d'être rejetés et stigmatisés;
- le mythe de la réutilisation du sang : Certains pensent que le sang n'est pas jeté et qu'il est administré à d'autres personnes lorsqu'il est prélevé. Le sang est un fluide très précieux et il est inimaginable qu'une autre personne le reçoive;
- le manque de confiance envers les professionnels de la santé : La barrière de la langue et l'impression que la prise en soins peut être différente en présence d'une personne migrante constituent des obstacles à une relation de confiance.

Chaque catégorie est accompagnée d'un ou deux témoignages avec des précisions sur le sexe, le pays et l'âge de la personne. Cette étude apporte des données importantes pour les soignants qui peuvent ainsi mieux comprendre et aborder la symbolique du sang auprès de cette population. Il faut néanmoins être attentif à ne pas tomber dans les stéréotypes avec les résultats de cette étude.

Cette étude présente certaines limites qu'il est important de ne pas négliger. Les auteurs ne mentionnent pas la manière de recruter leurs échantillons, ce qui représente un biais de recherche. De plus, il n'est pas possible de généraliser ces résultats en les considérant comme une croyance générale applicable à tous les SSAM. Malgré tout, l'échantillon est très élevé pour une étude qualitative (n=1338) et représente des personnes susceptibles d'entrer dans la chaîne épidémiologique du VIH/SIDA. Par ailleurs, l'étude se déroule dans douze régions espagnoles et sur une période de trois ans ce qui permet de penser que les résultats de l'étude sont fiables.

De plus, elle a obtenu l'approbation du comité d'éthique pour la recherche clinique de l'hôpital de Ramòn y Cajal de Madrid.

Article 6 :

Good practice in health care for migrants : views and experiences of care professionals in 16 European countries

L'étude conduite par Priebe et al. (2011) est une étude qualitative qui a pour objectif d'évaluer les difficultés rencontrées par des professionnels dans leur unité lorsqu'ils fournissent des soins aux personnes migrantes, et d'examiner ce qu'ils considèrent comme étant une bonne pratique pour surmonter ces difficultés ou limiter l'impact négatif sur la qualité des soins.

Afin de mener cette étude, des interviews structurées avec des questions ouvertes et des vignettes cliniques ont été menées entre 2008 et 2010 auprès de professionnels de la santé (n=240) travaillant dans des services ayant une grande proportion de migrants. Seize pays d'Europe (Autriche, Belgique, Danemark, Finlande, France, Allemagne, Grèce, Hongrie, Italie, Lituanie, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Espagne, Suède, Royaume-Uni) et trois services de soins (soins de premier recours, urgences et psychiatrie) ont été ciblés. Les interviews, enregistrées et retranscrites par verbatim, interrogeaient les professionnels sur leur point de vue et expérience dans le soin à la personne migrante de première génération. Afin de participer à l'étude et pour être sûr que les participants aient suffisamment d'expérience avec la population migrante, les soignants étaient sélectionnés par leurs pairs.

Huit types de barrières aux soins de qualité auprès de personnes migrantes sont identifiés : la barrière de la langue, le manque de couverture maladie, les expériences traumatiques et l'isolement social, le manque de connaissance sur le système de santé, la vision et la compréhension différentes de la maladie et des traitements, les différences culturelles, les attitudes négatives vis à vis des professionnels et des patients et le manque d'information sur les antécédents du patient.

Sept composantes qui pourraient améliorer cette prise en charge spécifique ont également été distinguées : plus de flexibilité, de temps et de ressources, des services d'interprètes qualifiés et compétents, le travail avec les familles et les services sociaux, le développement de la conscience culturelle des professionnels, le développement des programmes d'éducation et du matériel d'information pour les populations migrantes, une relation de confiance entre les professionnels et le patient, et des informations claires et précises sur les droits des migrants en matière d'accès aux soins.

Le fait que les participants à l'étude aient été sélectionnés par leurs pairs, la traduction en anglais des diverses réponses, l'influence que peut avoir le poids du "socialement correct" sur certaines réponses sont des limites à cette étude. Cependant, la méthode utilisée est la même pour les seize pays. Il s'agit d'une étude dont l'échantillon est considérable et qui couvre une bonne partie de l'Europe. Les services de soins sélectionnés sont judicieux, car ce sont des services qui rencontrent une grande proportion de migrants. Ces éléments apportent de la validité à cette étude.

Concernant l'aspect éthique, les chercheurs se sont assurés que toutes les informations pouvant permettre l'identification du participant soient supprimées afin de garantir l'anonymat.

Article 7 :

HIV-Infected Sub-Saharan migrants in Switzerland : Advancing cross-cultural health assessment

L'étude menée par Bischofberger (2008) est une étude qualitative qui a été réalisée en Suisse entre janvier et mai 2004. L'objectif de cette étude est d'identifier les représentations qu'ont les patients migrants d'Afrique Sub-Saharienne du VIH/SIDA lors de l'évaluation initiale et pour le suivi.

Trente personnes non infectées par le VIH, dont dix éducateurs actifs dans la prévention du VIH, et dix personnes infectées par le VIH ont été recrutées afin de participer à l'étude. Le recrutement a été opéré par la méthode « boule de neige ». Des interviews qualitatives de 30 à 130 minutes enregistrées et retranscrites par verbatim ont été mises en place.

L'analyse des données s'est déroulée en deux étapes. Tout d'abord, l'auteure a codé les retranscriptions des personnes migrantes infectées par le VIH sur le principe de l'analyse thématique. Les codes ont été attribués à des contenus qui étaient liés à la signification du VIH, aux croyances envers la maladie et aux défis liés aux traitements. De cette analyse, quatre catégories ont été identifiées, qui ont été revues et affinées par l'ajout de l'analyse des 30 entretiens de migrants non infectés par le VIH. Cette méthode a permis de récolter une large palette de représentations du VIH/SIDA venant à la fois de migrants infectés ou non.

Les résultats montrent donc que le VIH est considéré comme une maladie invisible, honteuse, risquée et traitable.

La maladie invisible

Une personne migrante atteinte du VIH/SIDA mais au bénéfice d'une thérapie antirétrovirale (TAR), ne présente pas de symptômes visibles et peut ne pas sembler « malade ». La maladie est vue comme un phénomène virtuel, sans existence et donc

non dite. Avec une apparence de bonne santé, elle se trouve aussi confrontée à l'incompréhension et au scepticisme de ses compatriotes qui associent la maladie à un état de grande faiblesse et à la vision qu'ils ont d'une personne porteuse du VIH/SIDA en Afrique et sans accès aux traitements.

La maladie honteuse

Les porteurs du VIH/SIDA sont vus par la communauté africaine comme des personnes ayant des comportements sexuels moralement déviants. Si une femme est atteinte du VIH/SIDA, elle est rapidement qualifiée de prostituée, contrairement aux hommes qui sont moins jugés. De plus, il est honteux pour un couple porteur du VIH/SIDA de renoncer à avoir des enfants. La honte rejaillira sur l'homme et sa famille car il n'y aura pas de descendance et pas de continuité du nom et de la tribu. Pour la femme, alors que la plupart des Africains voient la maternité comme le centre de l'humanité, renoncer à ce privilège est perçu comme déshonorant.

La maladie risquée

Les comportements à risque liés à l'infection ne sont pas congruents avec les campagnes de prévention. Le risque de transmission de la maladie est fortement minimisé. Les conseils véhiculés par la communauté semblent prévaloir aux campagnes de prévention.

La maladie traitable

Les participants voient un espoir dans le traitement du VIH/SIDA. En effet, celui-ci diminue les effets de la maladie rapidement. Certains participants font part de leur espoir de voir la tri-thérapie se développer dans leur pays, car l'éloignement de leur famille est mal vécu. Toutefois, pour d'autres, le traitement est vécu comme une contrainte et ils privilégient alors la médecine traditionnelle et des habitudes de vie saine.

Les limites de cet article reposent sur la nature qualitative de l'étude, sur le manque de témoignages des soignants et ne s'appuie que sur la perspective des migrants. De plus cette étude est limitée à la Suisse qui offre un accès à des prestations sanitaires aux personnes migrantes.

Une autorisation d'un comité d'éthique a été délivrée avant que l'auteure ne puisse commencer le processus de recrutement pour démarrer son étude.

Article 8 :

Acculturation and HIV-related sexual behaviours among international migrants : a systematic review and meta-analysis

La méta-analyse menée par Du et Li (2015) est une étude ayant pour objectif d'examiner l'influence de l'acculturation sur les comportements sexuels liés au VIH/SIDA. Afin d'atteindre cet objectif, les articles choisis ont été synthétisés en six axes : l'utilisation de préservatifs, les partenaires multiples, les rapports sexuels non protégés, l'initiation sexuelle précoce et les maladies sexuellement transmissibles.

Afin de réunir des articles/études pour leur méta-analyse, les auteurs ont établi des critères d'inclusion afin de mener une revue de littérature. Les articles devaient être des revues examinées par les pairs et publiées dans des journaux anglophones avant juillet 2012, ils devaient inclure des mesures d'acculturation ainsi que des mesures de comportements sexuels liés au VIH et devaient fournir des données quantitatives concernant l'association entre l'acculturation et les comportements sexuels liés au VIH. Les bases de données telles que PUBMED, PsycINFO, Sociological Abstract et Web of Science ont été consultées. Soixante-quatre articles ont été retenus sur les 79 trouvés.

Les études ont été menées majoritairement aux USA (73) avec des échantillons majoritairement sud-américains et hispaniques (53). Vingt études se sont focalisées sur les femmes, dix sur les hommes et les dernières étaient mixtes.

Les auteurs ont tenté de trouver pour chaque étude une corrélation entre l'acculturation et les différents axes énoncés ci-dessus. Le coefficient de corrélation de Pearson et Fisher a été utilisé. Puis à l'aide du test d'ANOVA, les moyennes et variances des différents résultats ont été comparées.

Les résultats de cette étude montre que, sauf pour l'utilisation de préservatifs ($r=0.01$), l'acculturation est associée aux partenaires multiples ($r=0.15$), aux rapports sexuels à risques ($r=0.16$), à l'initiation sexuelle précoce ($r=0.13$) et aux maladies sexuellement transmissibles ($r=0.10$). L'étude montre que les femmes sont plus susceptibles de présenter des comportements sexuels à risques lors de la période d'acculturation.

La mesure de l'acculturation est abordée sous différents critères (durée de résidence, langue privilégiée, identité ethnique, migration issue de première ou deuxième génération).

Cette étude comporte un certain nombre de biais et de limites. Les études non anglophones n'ont pas été considérées, ce qui peut amener à un biais de sélection. Les études gardées par les auteurs sont focalisées sur les migrants internationaux, d'autres résultats pouvant être mis en évidence avec des migrations internes. Une méthode entonnoir a été utilisée afin d'exclure un biais de publication.

De par la date de parution, la qualité de l'étude et l'échantillon conséquent, cette étude garde une certaine validité malgré le nombre de limites énoncées.

L'aspect éthique n'est pas abordé dans cette étude.

6.2. Présentation des résultats par thèmes

6.2.1. La culture, les croyances et la stigmatisation

Plusieurs articles s'accordent à dire que la culture, les croyances et la stigmatisation de la part de la communauté ont un impact sur la gestion et la transmission du VIH/SIDA ainsi que sur l'accès aux soins.

Culture

En effet, les différences culturelles et linguistiques du migrant face au pays d'accueil sont des facteurs qui favorisent l'isolement et les comportements sexuels à risques, mais également une difficulté d'accès au système de santé (Dang et al., 2012; Weine & Kashuba, 2012). Par ailleurs, selon Du et Li (2015), le phénomène d'acculturation aurait aussi un impact sur la transmission du VIH, les comportements sexuels à risques, le nombre de partenaire et le contact avec des IST. Cela touche principalement les femmes qui, plus contraintes dans leur pays d'origine, découvrent en immigrant une population plus libérée sexuellement. Cela peut les pousser à braver les interdits existants chez elles et à adopter des comportements à risques.

Cependant, l'obligation morale que certaines personnes ressentent face au respect et à la dignité vont les inciter à parler de leur maladie avec le personnel soignant et les structures médicales, dans le but probable d'entreprendre des soins (Sulstarova & al., 2014).

Croyances

La composante invisible du VIH, lorsqu'il est traité, est un facteur troublant qui influence la vision de la maladie, et celle-ci prend donc un aspect complètement différent (Bischofberger, 2008). Selon Dang et al. (2012), et Navazza et al. (2012), les croyances liées au VIH quant à la transmission et les traitements ainsi que la vision et l'interprétation de la maladie confrontent les soignants aux populations migrantes et à la gestion de leur santé et sont un frein au dépistage du VIH, et donc à la prise en soin précoce de celui-ci.

Il existe un grand nombre de croyances, et il serait difficile de toutes les citer mais ces études en nomment certaines telles que :

- le VIH n'est pas une maladie réelle, il n'existe pas (Bischofberger, 2008 ; Dang et al., 2012 ; Navazza et al., 2012);
- le VIH est une pathologie créée par l'Homme occidental pour affaiblir la population africaine (Navazza et al., 2012);
- certains traduisent l'acronyme du SIDA comme « Syndrome Imaginaire pour Décourager les Amoureux » (Navazza et al., 2012);
- le VIH n'atteint que les personnes africaines et les homosexuels (Dang et al., 2012);
- le diagnostic posé est vu comme « la sentence de la mort » à laquelle il n'est pas possible de survivre plus de deux semaines (Dang et al., 2012);
- le sang étant un symbole de vie, de force et de vitalité, une prise de sang en vue d'un dépistage est refusée (Navazza et al., 2012);
- une trop grande quantité de sang prélevé amène la maladie et empêche de travailler (Navazza et al., 2012);
- la prise en soins est différente s'il s'agit d'une personne migrante ou d'un autochtone (Navazza et al., 2012);
- les couples atteints de VIH/SIDA, ne se permettant pas d'avoir d'enfants, subissent la honte de ne pas avoir de descendance (Bischofberger, 2008);
- les personnes atteintes de VIH/SIDA ont des comportements sexuels moralement déviants (Bischofberger, 2008);
- seules les médecines traditionnelles permettent un traitement adéquat (Bischofberger, 2008 ; Navazza et al., 2012);
- le système de santé est en relation avec les Services de l'Immigration et se soigner signifie « se révéler » et peut conduire à une expulsion (Dang et al., 2012).

Stigmatisation

La stigmatisation et la peur du rejet par ses proches et sa communauté vont amener les personnes migrantes atteintes de VIH/SIDA à se replier sur elles-mêmes, à ressentir un sentiment de honte et à ne pas mentionner leur état de santé (Bischofberger, 2008).

En effet, certaines communautés, notamment africaines, voient les personnes atteintes de VIH/SIDA comme ayant des comportements sexuels déviants et immoraux (Dang et al., 2012 ; Bischofberger, 2008 ; Sulstarova et al., 2014). C'est donc dans ce cadre-là que la personne migrante atteinte de VIH/SIDA aura des craintes à aller consulter les services de santé par peur d'être mis à l'index par son entourage.

6.2.2 Les facteurs socio-politiques et économiques

Selon Weine et Kashuba (2012) et Dang et al. (2012), les facteurs socio-politiques et économiques influencent le comportement et la gestion de la santé des personnes migrantes en situation de précarité. Dans le but de trouver un meilleur emploi avec un revenu plus conséquent, la personne doit migrer et s'absenter parfois de manière prolongée. Le contexte d'arrivée dans un pays d'accueil est rarement favorable, l'emploi trouvé est souvent précaire et les conditions de travail difficiles (Weine et Kashuba, 2012). Etre éloigné de son environnement familial la plonge dans une grande solitude, a des conséquences sur sa santé et mène notamment à des comportements sexuels à risque (Weine et Kashuba, 2012). Ajoutée à cela, la peur d'être renvoyé dans son pays d'origine (statut illégal) augmente le sentiment d'incertitude. De plus, si elle ne reçoit plus de salaire elle ne pourra ni envoyer d'argent à sa famille ni traiter son VIH convenablement (Dang et al., 2012). Par ailleurs, les personnes migrantes ne possédant pas de statut légal n'ont qu'un accès limité au système de santé (Weine et Kashuba, 2012).

6.2.3 La position du soignant

Les résultats de l'article d'Hart et Mareno (2013) et de Priebe et al. (2011) montrent que les soignants sont confrontés à des difficultés dans la prise en soins des populations migrantes. Ces auteurs s'accordent à dire que la diversité culturelle, plus spécifiquement les différences linguistiques, et le manque de ressources (temps, connaissances, flexibilité,...) créent des barrières à des soins multiculturels de qualité. Priebe et al. (2011) ajoutent que l'absence de couverture maladie, le manque de connaissance du système de santé, la vision/compréhension de la maladie, les expériences de vie traumatiques, le manque d'informations concernant les antécédents et les attitudes négatives envers les soignants de la part des personnes migrantes augmentent les difficultés de prise en charge. Hart et Moreno (2013) soulèvent également la problématique des préjugés. En effet, il est important que les soignants s'interrogent, comprennent et modifient leurs préjugés afin de pouvoir commencer à soigner une personne culturellement différente.

Priebe et al. (2011) ont choisi de faire émerger, de la part des soignants, des solutions possibles qui viseraient l'amélioration de la prise en charge de patients multiculturels. Les solutions proposées sont déclinées en terme de flexibilité, de temps et de ressources, de meilleurs services d'interprètes et d'une meilleure collaboration avec les proches et les services sociaux. Elles traitent aussi du développement de programme d'éducation et d'informations claires et précises sur les droits des migrants en matière

d'accès aux soins et aussi sur le développement de la conscience culturelle des professionnels.

7. DISCUSSION

La confrontation des divers éléments et articles étudiés dans ce travail mettent en évidence plusieurs points essentiels. Le choix a été fait de présenter ce chapitre en deux parties prenant en compte les deux acteurs de cette recherche : les migrants en situation de précarité atteints de VIH/SIDA et les soignants en se positionnant face aux difficultés rencontrées de part et d'autre dans l'approche du VIH/SIDA

7.1. Les difficultés des personnes migrantes

La précarité

L'incertitude face à leur avenir, le statut fragile, l'isolement, la désillusion et l'insécurité financière sont des facteurs conduisant à la précarité. L'instabilité et la fragilité qui résultent de ce statut précaire souvent péjoré par la qualité des emplois et le statut politique à l'arrivée n'améliorent pas l'accès aux soins. Le manque de moyens financiers conduit les personnes migrantes à adopter un comportement soucieux de faire des économies et la gestion de leur santé ne fait pas partie de leurs priorités (Weine et Kashuba, 2012 ; Dang et al., 2012).

La stigmatisation

Dang et al. (2012) soulèvent quant à eux la notion de stigmatisation et de rejet. Certains patients ne parleront pas de leur diagnostic de VIH/SIDA de peur de se faire catégorisés, stigmatisés et voire même rejetés de leur communauté ou famille. Ce sont donc des patients qui vont s'isoler et qui, pour mieux dissimuler leur pathologie, ne prendront pas leurs traitements.

Les croyances et la culture

Les croyances et représentations transmises par les différentes cultures influencent la vision des soins, de la santé et de la maladie. Bien souvent, la position face à cette dernière est de l'ordre de la fatalité et de l'idée qu'il est impossible de s'opposer à la loi de la nature. Il existe aussi une certaine méconnaissance sur la pathologie du VIH/SIDA et ses modes de transmission, notable surtout chez les personnes qui ont un niveau d'éducation moindre. Ceci amène, dans certains cas, vers le rejet de la médicalisation, alors que plusieurs traitements sûrs et validés sont disponibles dans les sociétés occidentales (Tison, 2007 ; Simonson, Dubois-Arber, Jeannin, Bodenmann & Bize, 2015).

Le traitement du VIH

Le VIH est une pathologie qui nécessite des traitements, non dans le but de la guérir, mais dans celui de la voir se stabiliser. Néanmoins, ces traitements sont lourds et nécessitent d'être rigoureux dans leur prise. Dans le cas contraire, des résistances peuvent se développer. De nombreux contrôles de santé sont aussi préconisés. Pour ces raisons, les personnes migrantes atteintes du VIH/SIDA risquent d'abandonner leur suivi thérapeutique (Lévy, 2013 ; Aide Suisse contre le Sida, 2016).

Cependant, le recours aux TAR n'est pas inexistant au sein de cette population comme le mentionnent Bischofberger (2008) et Dang & al. (2012). Mais au bénéfice d'un TAR, les symptômes de la maladie deviennent invisibles et la maladie est donc vue comme un phénomène virtuel et donc non dite. L'invisibilité de la maladie permet en effet de pouvoir la dissimuler plus aisément (Bischofberger, 2008).

Bien souvent, les personnes immigrant des pays d'Afrique, d'Amérique latine ou d'Asie ont recours à des médecines traditionnelles et des praticiens traditionnels (guérisseurs, voyants, chamans, devin, marabout,...), et ce n'est pas le fait d'immigrer qui leur fera perdre l'habitude de recourir à ce type de médecine (Tison, 2007).

L'acculturation

Comme explorée dans la problématique et la lecture des articles, l'immigration amène la personne à se retrouver, dans bien des cas, confrontée à une nouvelle culture, de nouvelles croyances, un nouveau mode de vie, une nouvelle langue. Ce choc culturel peut conduire à des comportements sexuels à risque et engendrer des difficultés notables en matière d'accès aux soins et au système de santé (Du & Li, 2015 ; Phaneuf, 2013).

7.2. L'approche soignante

Comprendre la personne migrante

La lecture des articles de Hart et Mareno (2013) et Priebe et al. (2011) confirme l'existence de barrières et de difficultés de prise en soins pour les soignants. Ceux-ci parlent de difficultés d'une part linguistique et d'autre part au niveau des ressources personnelles et structurelles (horaires, connaissances culturelles, temps à disposition, etc.). Mais la diversité culturelle reste, selon eux, un frein essentiel à une prise en soins optimale. En effet, cette diversité est composée des divergences dans la vision de la santé et de la maladie, mais comprend également de telles différences dans chaque culture qu'il est difficile pour les soignants de connaître toutes les particularités culturelles.

Toutefois, selon Priebe et al. (2011), les soignants voient des solutions et désirent améliorer la prise en soin et la gestion de la santé de ces populations. Des ressources hospitalières et structurelles c'est à dire du temps pour chaque patient, l'augmentation de la flexibilité de travail, le développement de services d'interprètes qualifiés et compétents, le partenariat avec les familles, les services sociaux et les programmes d'éducation et du matériel d'information pour les populations migrantes sont des solutions envisagées. Le désir de développer aussi la conscience culturelle des professionnels passe par le perfectionnement de celle-ci, c'est-à-dire mieux comprendre les us et coutumes de certaines cultures, leur représentation de la santé et mieux connaître le parcours migratoire. Tout ceci dans le but de fournir des soins culturellement adaptés à la demande. Cela nécessite également une relation de confiance entre les professionnels et le patient, et des informations claires et précises sur les droits des migrants en matière d'accès aux soins (Tison, 2007 ; Priebe et al., 2011).

Les outils :

- **la communication**

Toutes ces données montrent que les personnes migrantes peuvent avoir recours au système de santé mais que, très fréquemment, de par leurs croyances, leur culture et leur mode de vie, la gestion de leur santé peut devenir compliquée. Au vu de cela, il est donc important que l'infirmière prenne le temps de comprendre la vision de la maladie de la personne migrante et ses barrières, ceci afin de pouvoir l'accompagner au mieux dans la gestion de sa maladie. Dans ce processus de gestion, pour débiter la prise en soin, il est nécessaire d'adapter son mode de communication. En effet, il est important de noter que le soin passe aussi et tout d'abord par la communication (Tison, 2007).

En effet, lorsque l'information transmise se rapproche de la culture, des centres d'intérêts et des références courantes de la personne, elle sera d'autant plus comprise, écoutée, mémorisée et intégrée. A contrario, si l'information s'éloigne ou contredit de manière trop insistante le système de croyances de la personne, celle-ci minimisera, éliminera voire rejettera cette information. On parle alors de dissonance cognitive, c'est-à-dire que la personne fera un blocage à l'information transmise (Tison, 2007). Il est donc primordial que les deux protagonistes de la prise en soins (l'infirmière et le patient) puissent parler sur un même mode et que le discours de l'infirmière puisse alors s'aligner sur les représentations et croyances de la personne migrante. Il est vrai qu' "en situation de communication interculturelle, le souci de s'assurer que les messages sont bien compris s'avère encore plus important, car des significations

différentes pourraient être attribuées à une même réalité“ (Barrette, Gaudet & Lemay, 1993, p.129).

- **le *Sunrise Model***

Le *Sunrise Model*, guide visuel pour l'exploration des cultures, va permettre à l'infirmière de suivre une systématique dans la prise en soins et d'explorer toutes les spécificités culturelles de la personne soignée en passant par ses croyances, sa religion et son mode de vie, mais aussi par son statut politique et son niveau d'éducation. Il est fondamental dans ces cas-là que l'anamnèse de l'infirmière basée sur le *Sunrise Model* soit précise et détaillée nécessitant une ouverture d'esprit car « l'aveuglement culturel, le choc culturel, l'imposition de cultures dominantes, l'ethnocentrisme⁹ sont pour Leininger des barrières au développement de la connaissance de la culture de l'autre » (Tison, 2007, p.154).

C'est ainsi, avec une anamnèse centrée sur les croyances, les pratiques traditionnelles, les valeurs, la culture et la religion du patient et de sa famille, que l'infirmière va pouvoir travailler sur la gestion de la santé du patient (Alligood, 2014).

En effet, l'infirmière va utiliser le *Sunrise Model* afin de découvrir la personne de manière holistique, de comprendre son histoire de vie, son parcours migratoire, son statut politique et économique, ses croyances, sa religion, ses connaissances sur la maladie et les traitements et explorer les stratégies mises en place par le patient pour gérer sa santé. Comme dit précédemment, ce sont des notions qui sont influencées par la culture.

L'infirmière devra donc travailler avec le patient afin d'intégrer et de comprendre ces notions culturelles qui permettront d'adapter le soin et de faire en sorte que le patient entre dans un processus de gestion de la santé. Avec des personnes migrantes en situation de précarité atteintes de VIH/SIDA, elle se situera souvent dans une approche de négociation et de restructuration selon le modèle de Leininger, car bien souvent, leurs stratégies de gestion de la santé ne sont pas adéquates avec la pathologie du VIH/SIDA (Alligood, 2014 ; OFSP,2015).

Toute la subtilité du soin interculturel se situe dans la manière d'aborder la négociation et la restructuration de ce dernier, afin de ne pas dénigrer ni juger les pratiques du patient. Il est important de noter qu'il est difficile et parfois impossible de modifier les us et coutumes ancrés dans la culture et les traditions. Il est donc recommandé de ne pas précipiter le soin, mais de penser au bien-être de des patients dans le but d'améliorer

⁹ « Tendance à valoriser la manière de penser de son groupe social, de son pays, et à l'étendre abusivement à la compréhension des autres sociétés” (Le petit Larousse, 2001).

la gestion de la santé des populations migrantes en situation de précarité et de les accompagner au mieux dans ce processus (Phaneuf, 2013).

- **les publications**

La théorie de M. Leininger est donc un outil qui va aider l'infirmière à renforcer "la nature des soins dans un contexte culturel" (Tison, 2007, p.154). De plus, certains auteurs, tels qu'Isabelle Lévy, ont développé des guides qui répertorient les rites et croyances de certaines cultures ou religions afin d'avoir une idée des us et coutumes dans le but de créer des conditions relationnelles fondées sur de bonnes bases. Ce genre d'ouvrage peut être une aide et un complément de compréhension utile aux infirmières.

8. CONCLUSION

Les conditions de vie difficiles, le rejet et la stigmatisation, ainsi que l'importance de la culture et des croyances à propos du VIH/SIDA et ses traitements, sont des éléments qui exercent une influence considérable sur la mauvaise gestion de la santé des personnes migrantes atteintes de cette pathologie. Par ailleurs, le statut illégal ainsi que la précarité dans laquelle se trouvent ces personnes ne font qu'aggraver cette situation.

De même, il apparaît que les infirmières rencontrent également des problèmes lors de la prise en soins interculturelle pour être en accord avec la personne migrante. Il est vrai que les différences linguistiques, le manque de ressources personnelles et structurelles, et la multiplicité des cultures représentent des obstacles notables.

Les articles mettent en lumière plusieurs solutions que les infirmières proposent afin de tendre vers une amélioration. En effet, pour prodiguer des soins culturellement respectueux, l'infirmière se doit de s'intéresser à la manière dont la maladie est perçue par le patient et à quel point ses croyances et perceptions ont une influence sur la gestion de sa santé. De plus, il est primordial que la communication entre l'infirmière et la personne intègre ses représentations afin que cette dernière comprenne l'importance d'un suivi rigoureux. Sans cela, une dissonance cognitive ne pourra être évitée et l'information transmise sera rejetée. Accroître les ressources structurelles et hospitalières, les connaissances des us et coutumes des différentes cultures, établir une relation de confiance, connaître les circonstances de migration, plus particulièrement les conditions du voyage migratoire, et développer ses connaissances sur les droits des personnes migrantes concernant l'accès aux soins ne pourraient qu'être bénéfique et participeraient à l'amélioration de la prise en soins interculturelle.

Il est important de notifier que, dans ce travail, la pathologie étudiée est le VIH/SIDA, cependant la prise en soins interculturelle incluant les éléments cités pourrait être appliquée à d'autres pathologies impliquant un suivi médical régulier.

8.1. Apports et limites du travail

En effectuant ce travail, nous nous sommes rendues compte des limites et apports qu'il pouvait contenir.

Limites

- Nous aurions aimé pouvoir trouver d'avantage d'articles quantitatifs afin d'élargir le champ des résultats statistiques.
- Même si les échantillons des études étaient parfois conséquents, ils ne sont pas pour autant représentatifs de la totalité de la population migrante en situation de précarité. Malgré les similitudes, chaque personne est différente et a sa propre vision de la vie.
- Il aurait été intéressant de préciser un sexe ou une origine spécifique concernant le choix de notre population cible. Le sujet que nous avons choisi étant un thème peu étudié, il nous a paru plus judicieux d'élargir nos recherches.
- Il faut être prudent quant à l'utilisation de la théorie de M. Leininger car en nommant des différences culturelles elle risque de faire passer la culture occidentale pour supérieure aux autres.

Apports

- Nous avons pris conscience des difficultés que présentaient la migration et du choc culturel qu'elle implique.
- Toutes ces lectures nous ont poussées à l'introspection en tant que futures infirmières. Cela nous a ouvert l'esprit à des croyances inconnues qui nous permettront, à l'avenir, de ne pas tomber dans des stéréotypes.
- Nous avons pris conscience qu'une bonne prise en soins interculturelle est complexe et que le chemin est long afin d'y parvenir.

8.2. Recommandations

Au terme de ce travail de recherche nous pouvons fournir des recommandations applicables à la formation, la recherche ainsi qu'à la pratique infirmière.

Concernant la recherche, il serait nécessaire de développer ce sujet et d'obtenir des données plus concrètes. Il nous semblerait intéressant d'effectuer une étude qui comparerait, sur du long terme et avec plusieurs prise de données, un groupe de migrants en situation de précarité et atteints du VIH/SIDA (1) recevant des soins incluant leur culture (2), et un groupe de migrant en situation de précarité et atteint du VIH/SIDA (1) ne recevant pas de soins incluant leur culture (3). Les corrélations entre les variables 1 et 2 puis 1 et 3 seraient ensuite comparées dans le but d'observer si la gestion de la santé et l'adhésion aux soins seraient améliorées ou non par l'approche culturelle.

Concernant la pratique, il serait intéressant de développer les services d'interprètes hospitaliers afin qu'ils soient plus performants et développés. D'autre part, si l'infirmière développe ses connaissances linguistiques, elle pourra plus aisément créer une relation de confiance avec le patient. Le développement de ces connaissances peut paraître utopique mais posséder des fiches reprenant quelques mots usuels d'usage courants peut ouvrir bien des portes.

Vulgariser le Sunrise Model et utiliser d'autres théories fournissant des outils culturels pourraient devenir une systématique dans la prise en soins de personnes migrantes.

La lecture de l'article de Bischofberger (2008), nous a renseignées sur l'existence d'éducateurs pairs¹⁰ dans la gestion du VIH/SIDA. En effet, il serait intéressant de développer ce phénomène qui "sert souvent à susciter un changement au niveau de l'individu en tentant de modifier ses connaissances, ses attitudes, ses croyances, ou ses comportements " (ONUSIDA, 2000, p. 5).

Concernant la formation, lors du cursus scolaire infirmier, les notions de culture, de croyances et de prise en soins interculturelle sont abordées mais il serait pertinent de développer davantage cette approche afin de sensibiliser les futurs infirmières à ce phénomène grandissant.

¹⁰ "Par « pair », on entend toute personne d'un niveau égal à une autre ; appartenant au même groupe social – en particulier de par l'âge, le grade ou la situation" (ONUSIDA, 2000, p. 5).

Ajoutées à cela, des informations plus spécifiques et claires sur les droits en matière d'accès aux soins au niveau politique et structurel à l'intention des populations migrantes mais également des infirmières sont à développer et à largement divulguer.

9. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aide Suisse contre le Sida. (n.b.). *Evolution d'une infection par le VIH*. Accès <http://www.aids.ch/fr/vivre-avec-vih/aspects-medicaux/evolution.php>
- Aide Suisse contre le Sida. (2012). *Factsheet «Migration et VIH/Sida – dans le monde et en Suisse»*. Accès <http://www.aids.ch/fr/commission/2012/pdf/11-deza-factsheet-migration.pdf>
- Aide Suisse contre le Sida. (n.b.). *Le traitement combiné*. Accès <http://www.aids.ch/fr/questions/test-vih/therapie.php>
- Aide Suisse contre le Sida. (2016). Les médicaments anti-VIH : Ce que je devrais savoir sur la thérapie. Accès http://www.aids.ch/de/downloads/broschueren/1130_02_HIV_Medikamente.pdf
- Aide Suisse contre le Sida. (2013). Dossier journée mondiale contre le sida 2013. Accès <http://www.aids.ch/fr/downloads/pdf/WAT-Dossier-f-2013.pdf>
- Aide Suisse contre le Sida. (2014). *Le VIH/SIDA en chiffres*. Accès <http://www.aids.ch/fr/questions/test-vih/chiffres.php>
- Alligood, M.R. (2014). *Nursing Theory: utilization & application -5eme edition-*. USA : Elsevier.
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (Eds.). (2010). *Nursing Theorists and their work* (7 ed.). USA: Mosby Elsevier.
- Barrette, C., Gaudet, E & Lemay, D. (1993). *Guide de communication interculturelle*. Québec : Renouveau Pédagogique Inc.
- Bischofberger, I. (2008). HIV- Infected Sub-Saharan migrants in Switzerland : Advancing cross-cultural health assessment. *Journal of the association of nurses in AIDS care*, 19(5), 357-367.
- Bouchaud, O. (2014). Enjeux et particularités de la prise en charge des migrants infectés par le VIH. *La revue du praticien*, 64, 1095-1098.
- Bülent, K., Kamm, M. & Gabadinho, A. (2007). Ressources du personnel migrant: quelle importance dans le domaine de la santé?. Suisse : (s.n.). Accès https://doc.rero.ch/record/6553/files/s_50.pdf
- Commission européenne. (2016). *Aide humanitaire et protection civile*. Accès http://ec.europa.eu/echo/files/aid/countries/factsheets/syria_fr.pdf
- Dang, BN., Giordano, TP. & Kim, JH. (2012). Sociocultural and Structural Barriers to Care Among Undocumented Latino Immigrants with HIV Infection. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 14, 124-131.
- Davila, Y., Bonilla, E., Gonzalez-Ramirez, D. & Villarruel, A. (2007). HIV-IPV Prevention : Perceptions of What Latinas Want and Need. *Hispanic Health Care International*, 5(3), 101-108.

- Du, H. & Li, X. (2015). Acculturation and HIV-related sexual behaviours among international migrants : a systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*, 9(1), 103-122.
- Ghadi, V., Serbandini, N. (2010). Les femmes migrantes, le VIH et la parole. *Plein droit*, 3(86), 24-27.
- Gravel, S. (2005). *Culture, santé et ethnicité*. Accès https://cdc.qc.ca/actes_sic/2005/gravel_SIC_2005.pdf
- Hart, PL. & Mareno, N. (2013). Cultural challenges and barriers through the voices of nurses. *Journal of clinical nursing*, 23, 2223-2233.
- Lamouroux, A., Magnan, A et Vervloet, D. (2005). Compliance, observance ou adhésion thérapeutique, de quoi parlons-nous ?. *Revue des maladies respiratoires*, 22 (1), 31-34.
- Leininger, M. M. (1991). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. New York: National League For Nursing Press.
- Leininger, M. M. (1995a). Culture care theory, research, and practice. *Nursing Science Quaterly*. 9(20), 71-78.
- Leininger, M. M. (1995b). Teaching transcultural nursing to transform nursing for the 21st century. *Journal of Transcultural Nursing*. 7(2), 37-40.
- Leininger, M. M. (1997). Overview of the theory of culture care with the ethnonursing research method. *Journal of Transcultural Nursing*. 8(2):32-52.
- Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2006). *Culture care diversity and universality: A worldwild nursing theory*. Jones & Bartlett Learning.
- Lévy, I. (2013). *Guide des rites, cultures et croyances à l'usage des soignants*. Paris: De Boeck.
- Melo, L. P. D. (2013). The Sunrise Model: a Contribution to the Teaching of Nursing Consultation in Collective Health. *American Journal of Nursing Research*, 1(1), 20-23.
- Morlok, M., Oswald, A., Meier, H., Efionayi-Mäder, D., Ruedin, D., Bader, D. & Wanner, P. (2015). *Les sans-papiers en Suisse en 2015*. Bâle: B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung
- Navaza, B., Guionnet, A., Navarro, M., Estévez, L., P-Molina, JA. & L-Vélez, R. (2012). Reluctance to do blood testing limits HIV diagnosis and appropriate health care of Sub-Saharan African migrants living in Spain. *AIDS Behaviour*, 16, 30-35.
- Office Fédérale de la Statistique. (2016). *Mouvements migratoires et migrations internes*. Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/06/blank/data/02.html>
- Office fédéral de la santé publique. (2015). *Migration et santé. Résumé de la stratégie fédérale phase II (2008 à 2013)*. Accès <http://www.bag.admin.ch/shop/00038/00247/index.html?lang=fr>

- Office fédéral de la santé publique. (2015). *Prévention auprès de la population générale : axe 1*. Accès http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05470/index.html?lang=fr
- Office Fédérale de la Santé Publique. (2013). *Migration et santé: résumé de la stratégie fédérale phase II(2008à2013)*. Accès http://www.appartenances.ch/medias/politiques/Migration_et_sante_resume_s_trategie_2008_2013_OFSP.pdf
- Office fédéral de la santé publique. (2015). *Migration et santé. Résumé de la stratégie fédérale phase II (2008 à 2013)*. Accès <http://www.bag.admin.ch/shop/00038/00247/index.html?lang=fr>
- Office fédéral de la santé publique. (s.d.). Programme national migration et santé. Accès <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07688/index.html?lang=fr>
- ONUSIDA. (2000). Education par les pairs et VIH/SIDA : Concepts, utilisations et défis. Accès http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc291-peereduc_fr_0.pdf
- Organisation de Coopération et de Développement Economique. (2015). *Perspectives des migrations internationales 2015 : Aujourd'hui plus que jamais, les politiques migratoires doivent être globales et coordonnées*. Paris : Edition OCDE.
- Organisation de Coopération et de Développement Economique. (2015). *Perspectives des migrations internationales 2015 : Suisse*. Paris : Edition OCDE.
- Organisation internationale pour les migrations. (2007). *Droit international de la migration : Glossaire de la migration n°9*. Accès http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_9_fr.pdf
- Organisation mondiale de la santé. (2015). *VIH/sida*. Accès <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/fr/>
- Othieno, J. (2007). Understanding How Contextual Realities Affect African Born Immigrants and Refugees Living with HIV in Accessing Care in the Twin Cities. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 18(3A), 170-188. Accès <http://doi.org/10.1353/hpu.2007.0085>
- PNUD. (2009). *Rapport mondial sur le développement humain*. Accès http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2009_fr_summary.pdf
- Pépin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière (3e ed.)*. Montréal: Chenelière éducation.
- Phaneuf, M. (2013). *L'approche interculturelle, une nécessité actuelle : regard sur la situation des immigrants au Québec et sur leurs difficultés*. (S.l.) : (s.n.).
- Phaneuf, M. (2013). *L'approche interculturelle, une nécessité actuelle : l'approche interculturelle, les particularismes des immigrants et les obstacles à la participation aux soins*. (S.l.) : (s.n.).

- Phaneuf, M. (2013). *L'approche interculturelle, une nécessité actuelle : l'approche interculturelle, communication et soins dans un contexte d'ouverture*. (S.l.) : (s.n.).
- Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., ... Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants : views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BioMed Central Public Health*, 11(187), 1-12.
- Relais VIH. (2016). *Etre séropositif*. Accès <http://www.relaisvih12.fr/vihsida/etre-seropositif>
- Republique et canton de Genève. (2016). *Main-d'oeuvre étrangère*. Accès <https://www.ge.ch/moe/fr/autorisation.asp>
- République et canton de Genève. (2016). *Statistiques cantonales*. Accès https://www.ge.ch/statistique/domaines/01/01_02_6/methodologie.asp#1
- Secrétariat d'Etat aux migrations. (2014). *Conséquences de la migration*. Accès <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/internationales/weltweite-migration/migrationsfolgen.html>
- Secrétariat d'Etat aux migrations. (2015). *Les causes de la migration*. Accès <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/internationales/weltweite-migration.html>
- Secrétariat d'Etats aux migrations (2016). *Crise humanitaire en Syrie*. Accès <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/asyl/syrien.html>
- Simonson, T., Dubois-Arber, F., Jeannin, A., Bodenmann, P & Bize, R. (2015). Comportements face au VIH/sida parmi les migrants originaires d'Afrique subsaharienne en Suisse. Enquête ANSWER 2013-2014. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive. Accès https://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds248_fr.pdf
- Smeltzer, S. C. O., Bare, B., Brunner, L. S. & Suddarth, D. S. (2006). *Soins infirmiers en médecine et en chirurgie : 1. Généralités* (4^e éd.). Bruxelles : De Boeck. https://books.google.ch/books?id=went9_cN4-kC&pg=PA146&lpg=PA146&dq=croyance+leininger+restructuration&source=bl&ots=S0j5JWkKiA&sig=6qNOPOb8A_2NXcVMBcKUUAH4qXc&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwjC5uDXzOTMAhVDxxQKHahaAIUQ6AEIKzAC#v=onepage&q&f=true
- Sulstarova, B., P.Mileti, F., Mellini, L., Villani, M. & Singy, P. (2014). HIV disclosure and nondisclosure among migrant women from sub-Saharan Africa living in Switzerland. *AIDS Care*, 27(4), 451-457.
- Tison, B. (2007). *Soins et cultures: formation des soignants à l'approche interculturelle*. Issy - les -moulineaux: Masson.
- Vernazza, P., Hirschel, B., Bernasconi, E. & Flepp M. (2008). *Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle*. Berne :EMH.

- Weine, SM. & Kashuba, AB. (2012). Labor Migration and HIV Risk : A Systematic Review of the Literature. *AIDS Behaviour*, 16, 1605-1621.
- Wihtol de Wenden, C. (2005). Atlas des migrations dans le monde: réfugiés ou migrants volontaires. *Autrement*, 6-9. Accès <http://www.histoire-immigration.fr/histoire-de-l-immigration/questions-contemporaines/les-migrations/la-mondialisation-accelere-t-elle-les-migrations>
- Wrekinski, J. (1987). Grande pauvreté et précarité économique et sociale. *Journal officiel de la république française*, 6, 1-103.

10. ANNEXES

10.1. Annexe 1

FICHE DE LECTURE:

L. Hart P. & Mareno N. (2013). *Cultural challenges and barriers through the voices of nurses*. Journal of Clinical Nursing, (23), 2223-2233.

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

Identité des auteurs

Cet article a été rédigé par deux auteures (Patricia L Hart & Nicole Mareno) diplômées de l'école d'infirmière, ayant obtenu un doctorat et assistantes à l'école d'infirmière de l'Université de Kennesaw (Georgie).

Nom et type de revue

Le *Journal of Clinical Nursing* est un journal scientifique international qui cherche à promouvoir le développement et le partage de connaissances concernant toutes les sphères de la pratique infirmière. Le premier volume du journal est paru en 1992, et en 2016 la parution du 25eme volume a eu lieu.

Lieu de l'étude

L'étude s'est déroulée dans le Sud-Est des Etats-Unis

Les objectifs pratiques

L'objectif de l'étude est de découvrir et décrire les challenges et les barrières perçus par les infirmières lors de prise en soins multiculturelle.

1.2 L'objet de l'article

Objet de la recherche

L'objet de la recherche est de mettre en lumière les challenges et barrières perçus par les infirmières afin de prendre en charge des patients de diverses cultures en effectuant des questionnaires.

Question de recherche

La question de recherche est déductible car elle n'est pas clairement formulée dans l'étude : Des témoignages d'infirmières permettront-ils d'identifier des stratégies afin de fournir des soins culturellement compétents à des patients et familles d'origine culturelle diverse ?

1.3 Méthodologie de la recherche

Outils pour la récolte de données

Les auteures ont envoyé aux participants de l'étude un paquet contenant la lettre d'explication, le questionnaire pour l'étude, un ticket de participation à une tombola et une enveloppe de retour pré-adressée. La lettre explicative donnait la possibilité aux participants de remplir l'étude de manière manuscrite ou sur internet.

Les questionnaires comportaient 2 parties : Un questionnaire démographique avec les items suivants : Age, sexe, culture, ethnie, plus haut degré d'études infirmières, cadre de travail et langues parlées autres que l'anglais.

Un questionnaire, le Clinical Cultural Competency Questionnaire (CCCQ) composé de 54 items qui a été utilisé dans l'étude plus large effectuée. Dans cette étude, les participants avaient l'option de répondre à deux questions ouvertes:

- 1) décrire les défis potentiels et les barrières à l'intégration de soins culturellement compétents dans les lieux de soins et dans la pratique;
- 2) donner des suggestions de stratégies à développer afin de pallier aux difficultés rencontrées dans le soin à des personnes de culture diverse.

L'équipe de recherche a formé et supervisé un assistant de recherche chargé de taper à l'ordinateur les réponses manuscrites des participants. Les réponses que l'assistant n'arrivait pas à lire étaient montrées à l'équipe de recherche pour une clarification avant d'être incluses dans la recherche.

Un outil de gestion de données qualitatives a été utilisé afin de traiter les réponses des participants. L'analyse se déroule en 6 étapes:

- 1) les retranscriptions des données ont été lues et relues par les chercheurs afin de se familiariser avec les données;
- 2) les données ont été entrées dans un programme : NVIVO version 8.0;
- 3) les données ont été revisitées et les thèmes principaux abordés ont été mis en avant;
- 4) les thèmes ont été revus pour être sûr qu'ils étaient représentatifs des données;
- 5) un nom a été donné à chaque thème;
- 6) un rapport a été rédigé.

Les chercheurs ont utilisé plusieurs mesures de rigueur de la recherche qualitative y compris la crédibilité, la confirmabilité et l'authenticité (p.226 Trustworthiness).

Population de l'étude

L'enquête a été envoyée à 2000 infirmières actives. Leurs adresses ont été obtenues auprès du comité des infirmières de l'état de Georgie. Une méthode d'échantillonnage stratifié a été utilisée afin de déterminer le pourcentage d'infirmières et l'échantillon représentatif nécessaire de chaque région. Un logiciel statistique a été utilisé pour choisir au hasard un échantillon d'infirmière de chaque région.

Type d'analyse

Cette étude est une étude descriptive qualitative effectuée sur un échantillon de 374 infirmières. La composante qualitative de cette étude faisait partie d'un projet de recherche plus grand utilisant une étude prospective transversale descriptive.

1.4 Présentation des résultats

Principaux résultats de la recherche

L'analyse des données a fait émerger trois thèmes principaux:

- une grande diversité :
les infirmières mentionnent une large diversité culturelle rencontrée chaque jour et disent qu'il est difficile d'apprendre et de se souvenir de tant de particularités culturelles. Le mélange des cultures rend difficile de déterminer exactement ce que les patients attendent ou croient. Les difficultés linguistiques sont aussi mises en évidence;
- un manque de ressources :
le temps, l'argent et le manque d'entraînement sont vus comme les barrières majeures aux soins culturellement compétents. Ici aussi les difficultés linguistiques sont mentionnées;
- des préjugés et biais :
certaines infirmières expriment le fait que les personnes venant d'autres pays, d'autres cultures devraient s'adapter au pays et à la culture où ils migrent. D'autres disent qu'il est important de respecter chaque culture. Plusieurs infirmières soulignent l'importance d'examiner ses propres préjugés et biais afin de pouvoir fournir des soins culturellement compétents.

Conclusions générales

Écouter les différents points de vue des infirmières sur les défis et les obstacles à

fournir des soins culturellement compétents est la première étape qui pourrait aider à repenser les prestations de soins.

Particularité ou originalité de leur étude

Dans cette étude, les participants ont la possibilité d'exprimer leurs idées par écrit et à la maison. Cela laisse peut-être un temps de réflexion sur les questions plus grand et permet de mieux décrire les ressentis.

1.5 Ethique

L'étude a été approuvée par un comité institutionnel. Les lettres envoyées aux participants décrivaient l'étude en détail et incluaient les droits et responsabilités de chacun. Les réponses aux questions de l'étude étaient anonymes et les adresses mails des participants qui répondaient à l'étude en ligne n'étaient pas gardées. Les participants qui le souhaitaient avaient la possibilité de participer à la tombola pour gagner un des trois bons cadeaux de cinquante dollars offerts.

2. Démarche interprétative

Apports de l'article

Cette étude nous permet de mettre en lumière certaines difficultés rencontrées par les infirmières lors de la prise en soins de patients de culture différente. En effet, de nos jours, prodiguer des soins culturellement compétents et centrés sur la famille devient un impératif éthique. Dans une certaine mesure, cet article pourrait guider la pratique infirmière.

Limites

L'échantillon sélectionné n'est pas représentatif de la population car il ne cible qu'une partie des Etats-Unis. Les participants sont en majorité des femmes de type caucasien. L'Etat dont l'échantillon a été extrait comprend une grande région métropolitaine et plusieurs régions rurales.

Les différences démographiques de l'échantillon à savoir l'âge, le niveau d'éducation et l'ethnie sont une autre limite à cette étude.

Les auteures n'avaient pas de relation directe avec la population cible.

De plus, dans cette étude elles parlent d'une étude plus large mais n'en donne jamais les références.

Pistes de réflexion

Cet article comporte de nombreuses limites mais il permet tout de même de montrer qu'il y a effectivement des difficultés et qu'il est nécessaire de les aborder afin d'améliorer la prise en soins de patients de culture différente. Les auteures nous donnent une piste de réflexion dans les domaines de la formation en soins infirmiers, la recherche et la politique.

Formation : Les programmes basés sur le développement de la compétence culturelle doivent être plus présents.

Recherche : Peu d'études ont été menées sur la perception de l'infirmière face à des soins culturellement compétents et il serait intéressant de les développer.

Politique : L'organisation internationale de la migration (IOM) met l'accent sur le développement des soins culturellement compétents et propose des changements politiques pour le futur rapport des soins infirmiers.

10.2. Annexe 2

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
M. Weine, S., & B. Kashuba, A (2012).	Migrants du travail / Revue de la littérature	Identifier les facteurs liant les migrants du travail au VIH	Après avoir interrogé les bases de données de PubMed et EBSCO et utilisé le critère d'inclusion suivant : Migrant du travail partant seul dans un autre pays de manière temporaire avec l'intention de rentrer dans son pays initial. Les auteurs ont retenus 97 articles.	Après l'analyse des différents articles, les auteurs ont mis en évidence des facteurs associables avec le VIH qu'ils ont regroupés en quatre thématiques : politique, socio- culturelle, santé et santé mentale, pratiques sexuelles. Ces thématiques sont intimement liées.	-Manque de cohérence entre les migrants économiques et les autres types de migrants. -La migration et le VIH n'ont que peu été étudiés dans les régions méditerranéennes orientales, la grande corne de l'Afrique, la Thaïlande et le Myanmar pourtant relevées par l'OMS comme des pays à haute prévalence du VIH. -Seules dix études se sont penchées sur la relation entre le VIH et les migrantes

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
					économiques alors que les femmes sont de plus en plus susceptibles de le devenir. -Les plans de recherche pourraient être plus rigoureux dans les moyens utilisés ce qui rendrait les comparaisons entre études plus aisées.
N.Dang, B., P.Giordano,T., H.Kim,J. (2012).	Immigrants Sud-Américains sans papiers et diagnostiqués VIH positif / Etude qualitative	Examiner les facteurs circonstanciels, situationnels et sociaux qui poussent la population cible à aller consulter des services de santé tardivement.	Des interviews semi-structurées dirigées entre juin et août 2006 ont été effectuées auprès de 22 participants. Le recrutement s'est effectué de manière non randomisée et avec l'aide des services de santé du VIH et des services sociaux. Les participants devaient avoir 18 ans ou plus, provenir d'une ethnie Hispanique/Sud-Américaine, être	L'étude met en lumière plusieurs barrières socio-culturelles et structurelles telles que les croyances et attitudes face au VIH/SIDA, le secret et la honte, les barrières linguistiques et les barrières liées au statut illégal de la personne. Mais les deux principaux facteurs sont la stigmatisation et le statut illégal.	Les limites de cette études reposent sur le fait qu'il n'est pas possible de généraliser les résultats à tous les Sud-Américains sans papier VIH positif résidant aux USA.

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
			<p>entré aux USA après 1994, être VIH positif, être sans papier et résider dans l'un des six quartiers de Houston.</p> <p>Les interviews constituées de questions ouvertes étaient enregistrées, individuelles, duraient entre 60 et 100 min et étaient dirigées par un seul enquêteur. Un interprète spécialisé dans l'interprétation médicale et ayant déjà travaillé dans des services spécialisés dans le traitement du VIH était présent. Les participants recevaient tous 30 dollars en bon voucher pour une épicerie et des boissons.</p> <p>Les réponses étaient retranscrites et comparées aux enregistrements. Puis elles étaient importées dans une base d'analyse de données (AnSWR) développée par le centre pour le</p>	<p>Les personnes ont peur du rejet de leur famille ou leur communauté et ont peur de se faire renvoyer dans leurs pays d'origine.</p>	

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
			contrôle et la prévention des maladies (CDC).		
L.Hart,P., Mareno. N. (2013).	Infirmières actives du Sud-Est des USA / Etude descriptive	Découvrir et décrire les défis et barrières rencontrés par les infirmières lors de la prise en soins de patients culturellement différents.	Les participants avaient la possibilité de remplir un questionnaire comportant des questions démographique et deux questions ouvertes de manière manuscrite ou par internet. Puis les chercheurs reprenaient les réponses qui étaient analysées par un programme d'analyse de données le NVIVO version 8.0. Les thèmes principaux émergeant des réponses étaient extraits, nommés, puis relus afin de voir s'ils étaient vraiment représentatifs des données. Finalement un rapport a été rédigé.	Trois principaux thèmes ont émergé des réponses fournies par les infirmières : - Une grande diversité culturelle - Un manque de ressources - Des préjugés et des biais	L'échantillon sélectionné n'est pas représentatif de la population, car il ne cible qu'une partie des USA. Les participants sont majoritairement des femmes de type caucasien. Les différences démographiques (âge, niveau éducation, ethnie). Les chercheurs n'avaient aucun contact avec l'échantillon. L'article parle d'une autre étude plus large mais les références ne sont pas mentionnées et nous ne connaissons

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
					pas les résultats de cette autre étude.
Sulstarova, B., P.Mileti, F., Mellini, L., Villani, M. & Singy,P. (2014).	Femmes migrantes porteuse du VIH vivant en Suisse et provenant de pays d'Afrique Sub-Saharienne/ Etude qualitative.	Examiner les raisons qui poussent ces femmes à divulguer ou non leur diagnostic de VIH.	Des interviews semi-structurées individuelles de deux heures et demie ont été effectuées auprès de trente femmes provenant de onze pays d'Afrique Sub-Saharienne. Les interviews ont été réalisées par deux des auteurs de cette étude, ils ont focalisé leurs questions sur quatre thèmes : la migration, la trajectoire du VIH/SIDA, la divulgation et la non divulgation et la perception à propos de la sexualité et du VIH/SIDA. Les données ont été analysées avec un programme le NVIVO 10 et des catégories de divulgation et non divulgation ont émergé. Les données ont continué d'être analysées jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de nouvelles catégories. Les	Les raisons de la divulgation et de non divulgation du diagnostic du VIH sont réparties en trois champs : social, médical, éthique. La non divulgation est plus flagrante dans le champ social. Dans les champs médicaux et éthiques on retrouve les deux.	Les limites se situent au niveau de la nature qualitative des données et de l'échantillon. L'échantillon n'est pas représentatif de tous les pays d'Afrique Sub-Saharienne, de plus une majorité de femmes de cette étude sont camerounaises.

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
			données ont été analysées avec une approche sociologique et sociolinguistique.		
Navaza, B., Guionnet, A., Navarro, M., Estévez, L., P.Molina, JA. & L.Vélez, R. (2012).	Migrants d'Afrique Sub-Saharienne (SSAM) vivant en Espagne/ Etude qualitative	Comprendre pour quelles raisons les migrants d'Afrique Sub-Saharienne ont des réticences à faire tester leur sang	Une discussion ouverte sur la prévention du VIH/SIDA, 3 interviews et 2 focus groupes composés de 5 personnes chacun ont été menés auprès de 1338 SSAM généralement des hommes entre 20 et 30 ans et vivant en Espagne depuis moins de deux ans. Ces trois interventions ont été comparées par triangulation des données.	L'analyse des informations montre huit catégories inter-reliées à la réticence de tests sanguins : les déterminants socio-culturels de la santé ; les droits en matière de santé ; la valeur symbolique du sang ; la quantité de sang prélevé ; la perception de la maladie ; la perception du VIH/SIDA ; le mythe de la réutilisation du sang ; le manque de confiance face aux professionnels de la santé.	L'étude comporte un biais de recherche. Les données de sont pas généralisables à l'ensemble des SSAM. Il faut être prudent sur les stéréotypes que pourraient apporter cette étude.
Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T.,	Professionnels de la santé travaillant dans des services avec	Evaluer les difficultés rencontrées par les professionnels de la santé	Des interviews semi-structurées ont été mené entre 2008 et 2010 dans 16 pays d'Europe auprès de	Huit barrières ont été mises en évidence : Barrière de la langue ; Pas de couverture	Les limites de cette études sont mentionnées par les

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Ioannidis, E., ... (2011).	une haute prévalence de population migrante/ Etude qualitative	dans leur unité de soin lorsqu'ils fournissent des soins à des personnes migrantes. Ainsi qu'évaluer les solutions perçues afin d'améliorer la qualité des soins auprès de cette population	240 soignants travaillant dans différents services (Soins de premier recours, urgences, psychiatrie). Une analyse du contenu thématique a permis de classer les différents thèmes abordés. Toutes les interviews étaient enregistrées et étaient composées d'une partie avec des questions ouvertes et une partie avec des questions fermées sur une analyse de vignettes cliniques.	maladie ; Expériences traumatiques et isolement social ; Peu de connaissances sur le système de santé ; Vision et compréhension différentes de la maladie/traitement ; Différences culturelles ; Attitudes négatives vis à vis des professionnels et patients ; Pas de données sur les ATCD des patients. Sept composantes ont été mises en évidence afin d'améliorer la qualité des soins : Flexibilité, temps, ressources ; Service d'interprète qualifié et compétent ; Collaborer avec la famille et les services sociaux ; Conscience culturelle des professionnels ; Programme d'éducation & matériel d'information pour les migrants ; Relation de confiance avec les professionnels ; Informations	auteurs : Base de sondage pour la sélection des zones n'a pas été strictement respectée ; la plupart des zones sont des capitales donc pas représentatives de tous les soignants ; sélection de l'échantillon par des pairs ; les tendances (politiquement correct) peuvent influencer les réponses ; la traduction des réponses en anglais a pu amener des déformations de réponses.

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
				claires sur les droits des migrants en matière de santé	
Bischofberger, I. (2008)	Migrants d'Afrique Sub-Saharienne vivant en Suisse / Etude qualitative	Identifier les sujets pertinents à aborder lors d'évaluation initiale et de suivi auprès de la population cible	Interviews qualitatives de 30-130 min ont été menées entre janvier et mai 2004 auprès de 40 migrants (10 éducateurs pairs non infectés, 20 migrants non infectés et 10 migrants infectés). La méthode de recrutement est la méthode « boule de neige ». L'analyse des données s'est effectuée en 2 temps : -Les retranscriptions des interviews des 10 personnes infectées ont été codées par le principe d'analyse thématique. Les codes ont été attribués à des contenus liés à la signification du VIH, les croyances envers la maladie et les défis liés aux traitements. -Des catégories ont été identifiées, revues et affinées en	Le VIH est vu comme une maladie invisible, honteuse, risquée et traitable	-la perspective des migrants est la seule source de données, pas de vision soignante -Etude spécifique à la Suisse qui fournit des soins et ressources aux personnes migrantes -Nature qualitative de l'étude

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
			ajoutant un aperçu de l'analyse de contenu des entretiens des 30 personnes non infectées.		
Du.H., Li.X. (2015)	Migrants internationaux / Meta-analyse	<p>Tester les effets modérateurs de genre, d'ethnicité et de mesure d'acculturation dans l'association de l'acculturation et des comportements sexuels liés au VIH.</p> <p>Association examinée sur 6 axes : utilisation de préservatifs, partenaires multiples, rapports sexuels non protégés, initiation sexuelle précoce et maladies sexuellement transmissibles</p>	<p>- les études incluses dans la revue de la littérature devaient répondre aux critères d'inclusion suivant: être examinées par les pairs et publiées dans les journaux anglais avant juillet 2012, inclure des mesures d'acculturation et des mesures de comportements sexuels liés au VIH, fournir des données quantitatives concernant l'association entre acculturation et comportements sexuels liés au VIH.</p> <p>- Bases de données consultées : PubMed, PsycINFO, Sociological Abstracts, Web of science</p> <p>- 79 articles trouvés, 64 retenus</p> <p>- Coefficient de corrélation de Pearson et de Fisher utilisé et test ANOVA.</p>	<p>Il existe une corrélation entre l'acculturation et partenaires multiples ($r=0.15$), rapports sexuels non protégés ($r=0.16$), initiation sexuelle précoce ($r=0.13$) et maladies sexuellement transmissibles ($r=0.10$) mais pas avec l'utilisation de préservatifs ($r=0.01$).</p>	<p>-Echantillon disproportionné peut conduire à des biais de résultats</p> <p>-Etudes focalisées sur les migrants internationaux</p> <p>-Etudes uniquement anglophones peuvent conduire à un biais de sélection</p>

